



SANTA LUCIA
NEUROSCIENZE
E RIABILITAZIONE

Rev. 3
del 29/04/2021

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



INDICE

Definizioni	4
PARTE GENERALE	6
1. Introduzione.....	7
1.1 Quadro normativo di riferimento	7
1.2 Le Linee Guida A.I.O.P. e A.R.I.S e il Piano Nazionale Anticorruzione	9
2. Il Modello di Governance e l’assetto organizzativo di Fondazione Santa Lucia.....	10
2.1 L’assetto istituzionale: organi e soggetti.....	10
2.2 Gli strumenti di <i>governance</i> di Fondazione Santa Lucia.....	13
2.3 Il sistema organizzativo in generale e il sistema delle deleghe e procure.....	13
2.4 Modello e Codice Etico.....	15
3. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo di Fondazione Santa Lucia.....	16
3.1 Il progetto di Fondazione Santa Lucia per la definizione del proprio modello	16
3.1.1 Avvio del Progetto e individuazione dei processi e delle attività nel cui ambito possono essere commessi i Reati	17
3.1.2 Identificazione dei <i>Key officer</i>	17
3.1.3 Analisi dei processi e delle attività sensibili	18
3.1.4 <i>Gap analysis</i>	19
3.1.5 Definizione del modello di organizzazione, gestione e controllo	20
3.1.6 Aggiornamento del modello di organizzazione, gestione e controllo del 2019-2020.....	20
3.2 La funzione del Modello	21
3.3 Principi ed elementi ispiratori del Modello.....	21
3.4 Il Modello di Fondazione Santa Lucia	22
4. L’OdV ai sensi del d.lgs. 231/2001	26
4.1 L’OdV di Fondazione Santa Lucia	26
4.1.1 Principi generali in tema di istituzione, nomina e sostituzione dell’OdV	26
4.2 Funzioni e poteri dell’OdV	29
4.3 Reporting dell’OdV verso gli organi della Fondazione	30
4.4 Flussi informativi verso l’OdV: informazioni di carattere generale e informazioni specifiche obbligatorie. Segnalazioni e Whistleblowing	31
4.5 Raccolta e conservazione delle informazioni.....	33
5. La formazione delle risorse e la diffusione del Modello	34
5.1 Premessa.....	34
5.2 Dipendenti.....	34
5.3 Altri destinatari.....	35
6. Il sistema sanzionatorio	36



6.1	Principi generali	36
6.2	Misure nei confronti dei lavoratori subordinati	36
6.2.1	Misure nei confronti del personale non dirigente	37
6.2.2	Misure nei confronti dei dirigenti	39
6.3	Misure nei confronti dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori dei Conti	39
6.4	Misure nei confronti degli altri Destinatari	39
7.	Adozione del Modello – Criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello	40
7.1	Verifiche e controlli sul Modello	40
7.2	Aggiornamento e adeguamento.....	40



Definizioni

- “Attività Sensibili”: attività della Fondazione nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati;
- “CCNL”: Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro attualmente in vigore e applicato da Fondazione Santa Lucia;
- “Codice Etico”: Codice Etico adottato dalla Fondazione;
- “Consulenti”: coloro che agiscono in nome e/o per conto di Fondazione Santa Lucia sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione (ivi inclusi i liberi professionisti in organico e non);
- “Destinatari”: tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi della Fondazione. Fra i Destinatari del Modello sono annoverati i componenti degli Organi della Fondazione, i soggetti coinvolti nelle funzioni dell’Organismo di Vigilanza, i dipendenti, liberi professionisti in organico e non, i consulenti;
- “Dipendenti”: tutti i dipendenti di Fondazione Santa Lucia (personale medico e non medico, compresi i dirigenti);
- “D.lgs. 231/2001”: il decreto legislativo n. 231 dell’8 giugno 2001 e successive modifiche;
- Legge Anticorruzione: legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”
- “Linee Guida”: le Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex d.lgs. 231/2001 predisposte dall’A.I.O.P. e dall’A.R.I.S.;
- “Modello”: il modello di organizzazione, gestione e controllo previsto dal d.lgs. 231/2001 che sarà adottato ed efficacemente attuato sulla base dei principi di riferimento di cui al presente documento;
- P.N.A. Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dall’ANAC;
- “Organi della Fondazione”: il Presidente; il Consiglio di Amministrazione; il Direttore Generale; il Comitato Tecnico Scientifico; la Commissione per la Ricerca Scientifica; il Collegio dei Revisori dei Conti;
- “Organismo di Vigilanza” (OdV): organismo interno preposto alla vigilanza sul funzionamento e sull’osservanza del Modello e al relativo aggiornamento;
- “P.A.”: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari, nonché i pubblici ufficiali e i soggetti incaricati di pubblico servizio;



- **”Partner”**: controparti contrattuali di Fondazione Santa Lucia, sia persone fisiche sia persone giuridiche, con cui la Fondazione addivenga a una qualunque forma di collaborazione contrattualmente regolata, ove destinati a cooperare con la Fondazione nell’ambito delle Attività Sensibili;
- **“Reati”**: i reati ai quali si applica la disciplina prevista dal d.lgs. 231/2001 e dalla Legge 190/2012;
- **“Fondazione”**: Fondazione Santa Lucia.



SANTA LUCIA
NEUROSCIENZE
E RIABILITAZIONE

**PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI
ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX
D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE**

Rev. 3
del 29/04/2021

PARTE GENERALE



1. Introduzione

1.1 Quadro normativo di riferimento

In data 8 giugno 2001 è stato emanato - in esecuzione della delega di cui all'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300 - il decreto legislativo 231, recante la *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica”*.

Il d.lgs. 231/2001 trova la sua genesi primaria in alcune convenzioni internazionali e comunitarie ratificate dall'Italia, che impongono di prevedere forme di responsabilità degli enti per talune fattispecie di reato.

Il d.lgs. 231/2001 ha introdotto, per la prima volta in Italia, la responsabilità in sede penale degli enti per alcuni reati dolosi commessi o tentati, nell'interesse o a vantaggio degli enti, da esponenti dei vertici aziendali (i c.d. soggetti *“in posizione apicale”* o semplicemente *“apicali”*) e da coloro che sono sottoposti alla direzione o vigilanza di questi ultimi (art. 5, comma 1, del d.lgs. 231/2001).

La responsabilità amministrativa degli enti è autonoma rispetto alla responsabilità penale della persona fisica che ha commesso il reato e si affianca a quest'ultima.

La commissione o tentata commissione dei reati sopra menzionati comporta l'applicazione di una sanzione pecuniaria e, nei casi più gravi, si applicano sanzioni interdittive (applicabili anche quale misura cautelare), quali l'interdizione dall'esercizio dell'attività; la sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito; il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione; l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli concessi; il divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Le fattispecie di reato cui si applica la disciplina in esame possono essere comprese, per comodità espositiva, nelle seguenti categorie:

- delitti nei rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- delitti contro la fede pubblica;
- reati societari;
- delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico;
- abusi di mercato;
- delitti contro la personalità individuale;
- reati transnazionali;
- delitti contro la vita e l'incolumità individuale;
- 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 informatici e trattamento illecito di dati e introduzione, in tale categoria di reati, i c.d. reati di cybersecurity;
- delitti contro l'industria e il commercio;
- delitti di criminalità organizzata;
- delitti in materia di violazione del diritto d'autore;
- 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 e disposizioni contro le immigrazioni clandestine;
- corruzione tra privati e istigazione alla corruzione tra privati;
- razzismo e xenofobia;
- frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati;
- reati tributari;
- reati di contrabbando.

L'adozione del Modello quale strumento in grado di orientare il comportamento dei soggetti che operano all'interno della Fondazione e di promuovere a tutti i livelli comportamenti improntati a legalità e correttezza si riverbera positivamente sulla prevenzione di qualsiasi reato o illecito previsto dall'ordinamento giuridico.

A seguito dell'entrata in vigore della L.190/2012 e dei relativi provvedimenti attuativi, la Fondazione, in linea con quanto previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), ha proceduto all'integrazione del suddetto modello, adottando strumenti per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi tenendo conto di un'accezione più ampia della corruzione rispetto alle fattispecie del codice penale e civile richiamate dal decreto legislativo 231/2001, riguardante più vasti fenomeni e forme di lesione dell'integrità pubblica, in linea con le finalità della legge 190/2012.

In considerazione dell'analisi del contesto e dell'attività svolta dalla Fondazione e delle aree potenzialmente soggette al rischio-reato, sono stati considerati rilevanti, e quindi specificatamente esaminati nel Modello, solo gli illeciti che sono oggetto delle singole Parti Speciali, cui si rimanda per una loro esatta individuazione.

Per una più ampia trattazione del d.lgs. 231/01 si rinvia all'**Appendice A**.



1.2 Le Linee Guida A.I.O.P. e A.R.I.S e il Piano Nazionale Anticorruzione

Nella predisposizione del presente Modello, la Fondazione si è ispirata alle “Linee guida per l’adozione del modello organizzativo e gestionale” emesse dall’A.I.O.P. e dall’A.R.I.S, in conformità all’art. 6, comma 3, d.lgs. 231/2001 e alle indicazioni operative contenute nell’approfondimento dedicato alla Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall’ANAC.

Resta inteso che la scelta di non adeguare il Modello ad alcune indicazioni di cui alle Linee Guida non inficia la validità dello stesso. Il singolo Modello, infatti, dovendo essere redatto con riferimento alla realtà concreta della Fondazione, ben può discostarsi dalle Linee Guida che, per loro natura, hanno carattere generale.



2. Il Modello di Governance e l'assetto organizzativo di Fondazione Santa Lucia

2.1 L'assetto istituzionale: organi e soggetti

La Fondazione, costituita su iniziativa del “Centro Residenziale Clinica Santa Lucia S.r.l.”, ha per oggetto principale le seguenti finalità, come rappresentate nello Statuto:

- 1) operare, in armonia alle normative vigenti, nel settore della rieducazione funzionale delle malattie conseguenti a lesioni del Sistema Nervoso Centrale e di altri apparati tramite presidi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri, laboratori di ricerca, centri di studio;
- 2) perseguire finalità di ricerca nel campo biomedico e in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme con prestazioni di ricovero e cura;
- 3) fornire agli organi ed enti del SSN e ad analoghe istituzioni europee il supporto tecnico ed operativo per l'esercizio delle loro funzioni e per il perseguimento dei piani sanitari nazionali ed europei in materia di ricerca sanitaria, nonché di formazione continua del personale.

L'attività scientifica è diretta a sviluppare le conoscenze nel settore specifico delle neuroscienze, del recupero di funzioni e della sanità pubblica.

In particolare, sulla base di una stretta connessione tra ricerca di laboratorio e ricerca clinica, verranno assicurati:

- a) il rapido trasferimento dei risultati alla pratica assistenziale;
- b) la validazione scientifica di metodologie diagnostiche e terapeutiche;
- c) la formulazione e diffusione di protocolli diagnostici e terapeutici;
- d) la formazione di personale specializzato per l'assistenza e la ricerca;
- e) la diffusione dell'informazione e dell'educazione sanitaria.


Al fine di conseguire nel modo più qualificato i suddetti scopi e finalità, la Fondazione collaborerà con Istituzioni Scientifiche ed Enti specializzati nazionali ed internazionali, mettendo a disposizione le proprie strutture funzionali.

Per il raggiungimento degli scopi statutari, la Fondazione provvederà, oltre che con i proventi derivanti dal proprio patrimonio e dalle attività istituzionali, anche con i mezzi derivanti da eventuali contributi per la ricerca scientifica e da prestazioni ad enti e privati.

Come previsto dall'art. 3 dello Statuto, la Fondazione non ha scopo di lucro e in nessun caso può distribuire avanzi di gestione.

Con decreto del Commissario ad Acta, del 6.04.2016, la Fondazione Santa Lucia è stata accreditata e autorizzata definitivamente per 325 posti letto di alta specialità neuroriabilitativa (di cui 293 in regime di ricovero ordinario e 32 in day hospital)ricadenti nella tipologia: “assistenza in post acuzie riabilitativa”) nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Con decreto del Commissario ad Acta n. U00373 del 11.10.2018 la Fondazione Santa Lucia ha ricevuto dalla Regione Lazio l'accreditamento per l'esercizio dei servizi riabilitativi ex art. 26 L. 833/78. In particolare, il DCA in parola prevede il rilascio alla Fondazione dell'accreditamento ex

 <p>SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p>PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p>Rev. 3 del 29/04/2021</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. per i trattamenti ambulatoriali nei limiti della capacità autorizzativa massima,

Amministrazione della Fondazione

Ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto sono organi della Fondazione:

- a) il Presidente;
- b) il Consiglio di Amministrazione;
- c) il Direttore Generale;
- d) il Comitato Tecnico Scientifico;
- e) la Commissione per la Ricerca Scientifica;
- f) il Collegio dei Revisori dei Conti.

Il Presidente, come previsto dall'art. 7 dello Statuto, ha la legale rappresentanza della Fondazione, convoca almeno ogni sei mesi il Consiglio di Amministrazione e determina le materie da sottoporre all'esame e alle deliberazioni del Consiglio stesso. In caso di sostituzione del Presidente, il Consiglio di Amministrazione designerà il nuovo Presidente.

Il Consiglio di Amministrazione, come previsto dall'art. 8 dello Statuto, è composto da tre membri, compreso il Presidente, che restano in carica a tempo indeterminato. I membri che cessano dalla carica per morte o dimissioni vengono sostituiti dagli altri membri in carica per cooptazione a voti di maggioranza.

Il Consiglio di Amministrazione è dotato di tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione. Viene convocato di regola ogni sei mesi e comunque almeno una volta l'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio finanziario, per l'approvazione del bilancio. Delle riunioni verrà redatto formale verbale, in apposito registro, dal segretario, che verrà nominato dal Consiglio di Amministrazione. Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voto. Le adunanze del Consiglio di Amministrazione sono valide con la presenza della maggioranza dei membri.

Il Direttore Generale, come previsto dall'art. 9 dello Statuto, viene nominato dal Consiglio di Amministrazione. Tutti i poteri di gestione ordinaria sono attribuiti al Direttore Generale.

Inoltre, come previsto dall'art. 5 del Regolamento organico della Fondazione Santa Lucia, il Direttore Generale è coadiuvato, nelle materie di rispettiva competenza, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Servizi Tecnico Economici. La carica di Direttore Generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro dipendente o autonomo. Eventuali incarichi a carattere temporaneo ed occasionale compatibili con la funzione di Direttore Generale devono essere preventivamente autorizzati dal Consiglio di Amministrazione.

Il Comitato Tecnico Scientifico, come previsto dall'art. 10 dello Statuto, ha funzione consultiva generale in ordine all'attività di ricerca scientifica della Fondazione. Il Consiglio di Amministrazione, con apposito regolamento, ne determina la composizione e le attribuzioni.

Inoltre, come previsto dall'art. 6 del Regolamento organico della Fondazione Santa Lucia, il Comitato Tecnico Scientifico riassume anche i compiti del Consiglio dei Sanitari ed è composto da:

1. Direttore Scientifico;



2. Direttore Sanitario;
3. Direttore Amministrativo;
4. dirigenti medici responsabili di unità organizzative e responsabili dei laboratori di ricerca dell'Istituto ed eventuali direttori di dipartimento;
5. titolari di cattedre universitarie e/o direttori di Istituti universitari ed altri enti convenzionati con l'Istituto e nello stesso operanti;
6. due rappresentanti del restante personale dipendente medico;
7. due rappresentanti del personale tecnico laureato;
8. due rappresentanti del personale dipendente tecnico non laureato o con diploma universitario.

Il Comitato Tecnico Scientifico si riunisce, su convocazione del proprio Presidente, trimestralmente. Il Direttore Generale può, di volta in volta, su singoli argomenti, chiedere parere al Comitato Tecnico Scientifico prima che gli stessi siano sottoposti agli organi deliberanti dell'Istituto.

L'art. 12 dello Statuto prevede che, nell'ambito delle finalità della Fondazione, il Consiglio di Amministrazione nomina una Commissione per la valutazione, la programmazione e la verifica degli aspetti economico-finanziari dell'attività di ricerca scientifica. La Commissione per la Ricerca Scientifica, come disposto anche dall'art. 7 del Regolamento organico della Fondazione Santa Lucia, è composta dai seguenti membri:

- a) Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- b) due membri del Consiglio di Amministrazione;
- c) Presidente del Collegio dei Revisori;
- d) Direttore Scientifico;
- e) due esperti in programmazione sanitaria;
- f) due rappresentanti del Ministero della Sanità, dei ruoli dirigenziali dello stesso Ministero;
- g) un rappresentante di ciascuna Regione dove hanno sede i presidi dell'Istituto.


Le designazioni dei membri di cui alle lettere f) e g) vengono rimesse alla discrezionalità del Ministero della Sanità e delle competenti Regioni. Le funzioni di Segretario della Commissione sono espletate dal Direttore Generale dell'Istituto.

La Commissione esprime pareri relativamente a tutti gli aspetti economico-finanziari dell'attività di ricerca scientifica, oltre a svolgere una funzione consultiva e propositiva generale per l'attività di ricerca scientifica.

Inoltre, per il miglior funzionamento della Fondazione, il Consiglio di Amministrazione potrà nominare Commissioni, Comitati ed istituire Centri di Ricerca, anche su argomenti scientifici, determinandone la composizione, le attribuzioni, nonché le modalità di funzionamento e di durata.

Collegio dei Revisori dei Conti

L'art. 12 dello Statuto prevede che il Collegio dei Revisori dei Conti esercita le funzioni di controllo della gestione contabile e amministrativa della Fondazione.

 <p>SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p>PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p>Rev. 3 del 29/04/2021</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

I componenti debbono essere iscritti nell'apposito albo professionale. È composto di tre membri, uno con funzioni di Presidente. I Revisori sono nominati dal Consiglio di Amministrazione e durano in carica tre esercizi.

2.2 Gli strumenti di *governance* di Fondazione Santa Lucia

La Fondazione è dotata di un insieme di strumenti di governo dell'organizzazione che garantiscono il funzionamento della Fondazione e che possono essere così riassunti:

Statuto: in conformità con le disposizioni di legge vigenti, contempla diverse previsioni relative al governo della Fondazione, volte ad assicurare il corretto svolgimento dell'attività di gestione.

Regolamento organico della Fondazione Santa Lucia: che riprende le previsioni relative al governo della Fondazione indicate nello Statuto e le integra con ulteriori elementi informativi sulla *governance* (es. informazioni sulla struttura organizzativa e relative responsabilità attribuite, aspetti gestionali, etc).

Sistema delle deleghe e delle procure: che stabilisce, mediante l'assegnazione di specifiche procure, i poteri per rappresentare o impegnare la Fondazione e, attraverso il sistema di deleghe, le responsabilità per quanto concerne gli aspetti in tema di qualità ambiente e sicurezza. L'aggiornamento del sistema di deleghe e procure avviene in occasione di revisione/modifica della struttura organizzativa.

Sistema Normativo Procedurale: comprende l'insieme delle norme (linee guida, manuali e procedure, istruzioni operative e modulistica) che regolamentano le responsabilità e le modalità di esecuzione delle attività e delle fasi che costituiscono i processi della Fondazione.

2.3 Il sistema organizzativo in generale e il sistema delle deleghe e procure

Il sistema organizzativo della Fondazione si basa su strumenti normativi (organigrammi, disposizioni organizzative, linee guida/procedure, ecc.) improntati a principi generali di:

- a) chiara descrizione delle linee di riporto;
- b) conoscibilità, trasparenza e pubblicità dei poteri attribuiti (all'interno della Fondazione e nei confronti dei terzi interessati);
- c) chiara e formale delimitazione dei ruoli, con una completa descrizione dei compiti di ciascuna funzione, dei relativi poteri e responsabilità.

Le procedure interne devono essere caratterizzate dai seguenti elementi:

- i. separatezza, all'interno di ciascun processo, tra il soggetto che assume la decisione (impulso decisionale), il soggetto che esegue tale decisione e il soggetto cui è affidato il controllo del processo (c.d. "segregazione delle funzioni");
- ii. traccia scritta di ciascun passaggio rilevante del processo (c.d. "tracciabilità");
- iii. adeguato livello di formalizzazione.



In linea di principio, il sistema di deleghe e procure deve essere caratterizzato da elementi di “sicurezza” ai fini della prevenzione dei Reati (rintracciabilità ed evidenziabilità delle attività sensibili) e, nel contempo, consentire comunque la gestione efficiente dell’attività della Fondazione.

Si intende per “delega” il trasferimento, non occasionale, all’interno della Fondazione, di responsabilità e poteri da un soggetto all’altro in posizione a questo subordinata. Si intende per “procura” il negozio giuridico con il quale una parte conferisce all’altra il potere di rappresentarla (ossia ad agire in nome e per conto della stessa). La differenza sostanziale rispetto alla delega è che essa assicura alle controparti di negoziare e contrarre con le persone preposte ufficialmente a rappresentare la Fondazione.

I requisiti essenziali del sistema di deleghe e procure, ai fini di un’efficace prevenzione dei Reati, sono i seguenti:

- a) le deleghe devono coniugare ciascun potere alla relativa responsabilità e a una posizione adeguata nell’organigramma;
- b) ciascuna delega deve definire in modo specifico e inequivocabile i poteri del delegato e il soggetto (organo o individuo) cui il delegato riporta gerarchicamente;
- c) tutti coloro che intrattengono, per conto della Fondazione, rapporti con la P.A. devono essere dotati di delega formale in tal senso;
- d) i poteri gestionali assegnati con le deleghe e la loro attuazione devono essere coerenti con gli obiettivi della Fondazione;
- e) il delegato deve disporre di poteri di spesa adeguati alle funzioni conferitegli;
- f) la procura può essere conferita a persone fisiche espressamente individuate nella procura stessa, oppure a persone giuridiche, che agiranno a mezzo di propri procuratori investiti, nell’ambito della stessa, di analoghi poteri;
- g) una procedura *ad hoc* deve disciplinare modalità e responsabilità per garantire un aggiornamento tempestivo delle deleghe e/o procure;
- h) a ciascuna procura che comporti il potere di rappresentanza della Fondazione nei confronti dei terzi si deve accompagnare una delega interna che ne descriva il relativo potere di gestione;
- i) le procure normalmente prevedono limiti di spesa e/o impegno; nel caso in cui esse non prevedano espressamente tali limiti e/o la necessità di firma congiunta, il rispetto di detti requisiti è assicurato da limiti interni previsti dal sistema di controllo interno;
- j) copie delle procure saranno trasmesse all’OdV.

L’OdV verifica periodicamente, con il supporto delle altre Direzioni/Unità competenti, il sistema di deleghe e procure in vigore e della loro coerenza con il manuale di organizzazione e le disposizioni organizzative, raccomandando eventuali modifiche, nel caso in cui il potere di gestione e/o la qualifica non corrisponda ai poteri di rappresentanza conferiti al delegato o vi siano altre anomalie.



2.4 Modello e Codice Etico

Le regole di comportamento contenute nel presente Modello dovranno essere coerenti con quelle del Codice Etico adottato, pur avendo il presente Modello finalità specifiche in ottemperanza al d.lgs. 231/01.

Sotto tale profilo, infatti:

- il Codice Etico rappresenta uno strumento da adottarsi in via autonoma e suscettibile di applicazione, sul piano generale, da parte della Fondazione, allo scopo di esprimere dei principi di “deontologia” che la Fondazione riconosce come propri e sui quali richiama l’osservanza da parte di tutti gli Organi della Fondazione i Dipendenti, i Consulenti e i Partner;
- il Modello risponde invece a specifiche prescrizioni contenute nel d.lgs. 231/2001, finalizzate a prevenire la commissione di particolari tipologie di reati (per fatti che, commessi apparentemente a vantaggio della Fondazione, possono comportare una responsabilità amministrativa da reato in base alle disposizioni del decreto medesimo). Il Modello detta delle regole e prevede procedure che devono essere rispettate al fine di costituire l’esimente, ai fini della responsabilità di cui al d.lgs. 231/2001.

Nel Codice Etico adottato, sono reperibili le linee guida concernenti i diritti e i doveri di tutti quelli che, a vario titolo, partecipano alla vita dell’organizzazione. I valori ai quali si ispirano i comportamenti etici della Fondazione sono: responsabilità, professionalità, trasparenza, serietà, onestà, correttezza, riservatezza, imparzialità, umiltà, lealtà, reciproco rispetto e condivisione.

 <p data-bbox="105 215 260 271">SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p data-bbox="344 141 1129 241">PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p data-bbox="1195 145 1358 219">Rev. 3 del 29/04/2021</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

3. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo di Fondazione Santa Lucia

3.1 Il progetto di Fondazione Santa Lucia per la definizione del proprio modello

La Fondazione Santa Lucia ha avviato un progetto interno finalizzato a garantire la predisposizione del modello di organizzazione e gestione ex d.lgs. 231/2001 (di seguito, il “Modello”) di cui all’art. 6 del citato Decreto.

Sebbene l’adozione del presente Modello costituisca una “facoltà” dell’ente e non un obbligo, la Fondazione ha deciso di procedere alla sua predisposizione e adozione, in quanto consapevole che tale sistema rappresenta un’opportunità per rafforzare la sua cultura di *governance*, cogliendo al contempo l’occasione dell’attività svolta (inventariazione delle Attività Sensibili, analisi dei rischi potenziali, valutazione e adeguamento del sistema dei controlli già esistenti sulle Attività Sensibili) per sensibilizzare le risorse impiegate, rispetto ai temi del controllo dei processi, finalizzato a una prevenzione “attiva” dei Reati.


La predisposizione del Modello è stata preceduta da una serie di attività preparatorie, suddivise in differenti fasi e dirette tutte alla costruzione di un sistema di prevenzione e gestione dei rischi, in linea con le disposizioni del d.lgs. 231/2001 e ispirate, oltre che alle norme in esso contenute, anche alle Linee Guida A.I.O.P. e dell’A.R.I.S. e alle indicazioni operative contenute nell’approfondimento dedicato alla Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione.

Nel 2017 si è proceduto ad una prima revisione del Modello al fine di aggiornare, da una parte, l’insieme delle previsioni di cui al d.lgs. 231/2001, alla luce dell’evoluzione normativa e, dall’altro, utilizzare il medesimo strumento per introdurre, anche in linea con le indicazioni del PNA, idonei strumenti e misure di prevenzione della corruzione alla luce delle previsioni della legge 190/2012.

Nel 2019 si è avviato un progetto per una ulteriore revisione del Modello al fine di aggiornarlo, da una parte a seguito delle novità normative intervenute nel catalogo dei reati presupposto della responsabilità amministrativa degli enti ex D.Lgs. 231/0, dall’altro in relazione ad alcuni aggiornamenti operativi e procedurali intervenuti su alcune aree a rischio (Negoziazione ed esecuzione della convenzione con la Regione e con altri Enti Pubblici per l’espletamento dell’attività propria della Fondazione; Gestione dei servizi di accettazione nei confronti degli utenti che richiedono l’erogazione di servizi medico-sanitari e gestione dei rapporti con gli utenti relativamente ai servizi medico-sanitari offerti).

La Fondazione Santa Lucia ha eseguito tali attività di aggiornamento sulla scorta delle risultanze della migliore dottrina e giurisprudenza che impongono l’aggiornamento del modello di organizzazione, gestione e controllo a seguito di cambiamenti normativi e/o organizzativi e al fine di assicurare nel tempo l’efficacia preventiva del modello di organizzazione, gestione e controllo.

Quanto di seguito riportato si riferisce pertanto alla versione aggiornata del Modello.

 <p data-bbox="105 215 260 271">SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p data-bbox="343 141 1129 244">PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p data-bbox="1193 145 1361 219">Rev. 3 del 29/04/2021</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

La metodologia scelta per eseguire il Progetto, in termini di organizzazione, definizione delle modalità operative, strutturazione in fasi, assegnazione delle responsabilità tra le varie Direzioni/Unità, è stata elaborata al fine di garantire la qualità e l'autorevolezza dei risultati.

Il Progetto è articolato nelle fasi sinteticamente di seguito riassunte che, esclusivamente per una spiegazione metodologica, sono evidenziate autonomamente.

3.1.1 Avvio del Progetto e individuazione dei processi e delle attività nel cui ambito possono essere commessi i Reati

L'art. 6, comma 2, lett. a) del d.lgs. 231/2001 indica, tra i requisiti del Modello, l'individuazione dei processi e delle attività nel cui ambito possono essere commessi i reati espressamente richiamati dal decreto. Si tratta, in altri termini, di quelle attività e processi che comunemente vengono definiti "sensibili" (di seguito, "attività sensibili").

Scopo della Fase 1 è stato appunto l'identificazione degli ambiti della Fondazione oggetto dell'intervento e l'individuazione preliminare delle attività sensibili.

Propedeutica all'individuazione delle attività sensibili è stata l'analisi, prevalentemente documentale, della struttura organizzativa della Fondazione, svolta al fine di meglio comprendere l'attività della Fondazione e di identificare gli ambiti oggetto dell'intervento.

La raccolta della documentazione rilevante e l'analisi della stessa, da un punto di vista sia tecnico-organizzativo, sia legale, ha permesso l'individuazione delle attività sensibili e una preliminare identificazione delle Direzioni/Unità responsabili di tali attività.

Qui di seguito sono elencate le attività svolte nella Fase 1;

- ✓ raccolta della documentazione relativa alla struttura organizzativa (ad esempio: Statuto, regolamento, organigrammi, principali procedure organizzative, istruzioni operative e modulistica, deleghe di funzione, ecc.);
- ✓ analisi della documentazione raccolta per la comprensione del modello di business della Fondazione;
- ✓ rilevazione degli ambiti di attività in cui si articola il modello di business e delle relative responsabilità funzionali;
- ✓ individuazione preliminare delle attività sensibili *ex* d.lgs. 231/2001;
- ✓ individuazione preliminare delle Direzioni/Unità responsabili delle Attività Sensibili identificate.

3.1.2 Identificazione dei Key officer

Scopo della Fase 2 è stato quello di identificare i responsabili dei processi/attività sensibili, ovvero le risorse con una conoscenza approfondita dei processi/attività sensibili e dei meccanismi di controllo attualmente in essere (di seguito, "key officer"), completando e approfondendo l'inventario preliminare dei processi/attività sensibili nonché delle Direzioni/Unità e dei soggetti coinvolti.



Le attività operative per l'esecuzione della fase in oggetto presupponevano la raccolta delle informazioni necessarie per i) comprendere ruoli e responsabilità dei soggetti partecipanti alle Attività Sensibili e ii) identificare i *key officer* in grado di fornire il supporto operativo necessario a dettagliare le aree/attività sensibili e i relativi meccanismi di controllo.

Tali informazioni essenziali sono state raccolte sia attraverso l'analisi della documentazione fornita nel corso della Fase 1, inclusa quella relativa alle procure e deleghe di poteri, sia attraverso le interviste preliminari con i referenti interni del Progetto.

In particolare, i *key officer* sono stati identificati nelle persone di più alto livello organizzativo, in grado di fornire le informazioni di dettaglio sui singoli processi e sulle attività delle singole Direzioni/Unità.

Qui di seguito sono elencate le attività svolte nel corso della Fase 2, al termine della quale è stata definita una preliminare “mappa dei processi/attività sensibili” verso cui indirizzare l'attività di analisi, tramite interviste e approfondimenti, nella successiva Fase 3:

- ✓ raccolta di ulteriori informazioni attraverso approfondimenti nell'analisi documentale e incontri con i referenti interni del Progetto;
- ✓ identificazione dei *key officer* e degli ulteriori soggetti in grado di dare un apporto significativo alla comprensione/analisi delle attività sensibili e dei relativi meccanismi di controllo.

3.1.3 Analisi dei processi e delle attività sensibili

Obiettivo della Fase 3 è stato quello di analizzare e formalizzare, per ogni attività sensibile individuata nelle Fasi 1 e 2, le sue fasi principali, le funzioni e i ruoli/responsabilità dei soggetti interni ed esterni coinvolti, gli elementi di controllo esistenti, al fine di verificare in quali aree/settori di attività e secondo quali modalità si potessero astrattamente realizzare le fattispecie di reato di cui al d.lgs. 231/2001 e più in generale per la prevenzione della corruzione ai sensi della l. 190/2012.

L'analisi è stata compiuta per il tramite di interviste personali con i *key officer*, che hanno avuto anche lo scopo di stabilire, per ogni attività sensibile, i processi di gestione e gli strumenti di controllo, con particolare attenzione agli elementi di *compliance* e ai controlli preventivi esistenti a presidio delle stesse.

Nella rilevazione del sistema di controllo esistente si sono presi, tra l'altro, come riferimento, i seguenti principi di controllo:

- esistenza di procedure formalizzate;
- tracciabilità e verificabilità *ex post* delle transazioni, tramite adeguati supporti documentali/informativi;
- segregazione dei compiti;
- esistenza di deleghe formalizzate coerenti con le responsabilità organizzative assegnate;



Inoltre, la rilevazione del sistema di controllo esistente è stata integrata con ulteriori principi di controllo specifici elaborati per particolari attività sensibili, al fine di disciplinare ulteriori aspetti rilevanti del processo e/o al fine di dettagliare maggiormente i principi soprariportati.

Le interviste sono state realizzate da consulenti esterni.

I risultati delle interviste, condotte con le modalità sopra descritte, sono stati condivisi con i *key officer* intervistati e con l'Alta Direzione.

Qui di seguito sono elencate le diverse attività che hanno caratterizzato la Fase 3 i cui contenuti fondamentali sono:

- predisposizione di un protocollo (schede di valutazione, ossia questionari e verbali standard) per la conduzione di interviste;
- esecuzione di interviste strutturate con i *key officer*, nonché con il personale da loro indicato, al fine di raccogliere, per le attività sensibili individuate nelle fasi precedenti, le informazioni necessarie a comprendere:
 - i processi elementari/attività svolte;
 - le Direzioni/Unità/soggetti interni/esterni coinvolti;
 - i relativi ruoli/responsabilità;
 - il sistema dei controlli esistenti;
- formalizzazione delle interviste in apposita scheda di valutazione che raccoglie le informazioni ottenute e le eventuali criticità individuate sui controlli del processo sensibile analizzato.

3.1.4 Gap analysis

Lo scopo della Fase 4 è consistito nell'individuazione i) dei requisiti organizzativi caratterizzanti un modello organizzativo idoneo a prevenire i Reati richiamati dal d.lgs. 231/2001 e ii) delle azioni di miglioramento del modello organizzativo esistente.

Al fine di rilevare e analizzare in dettaglio il modello di controllo esistente a presidio dei rischi riscontrati ed evidenziati nell'attività di *risk assessment* sopra descritta e di valutare la conformità del modello stesso alle previsioni del d.lgs. 231/2001, è stata effettuata un'analisi comparativa (la c.d. "*gap analysis*") tra il modello organizzativo e di controllo esistente ("*as-is*") e un modello astratto di riferimento, valutato sulla base delle esigenze manifestate dalla disciplina di cui al d.lgs. 231/2001 ("*to be*").

Attraverso il confronto operato con la *gap analysis*, è stato possibile desumere aree di miglioramento del sistema di controllo interno esistente e, sulla scorta di quanto emerso, è stato predisposto un piano di attuazione teso a individuare i requisiti organizzativi caratterizzanti un modello di organizzazione, gestione e controllo conforme a quanto disposto dal d.lgs. 231/2001 e le azioni di miglioramento del sistema di controllo interno.

Qui di seguito sono elencate le attività svolte in questa quarta fase, che si è conclusa dopo la condivisione del documento di *gap analysis* e del piano di attuazione con l'Alta Direzione:



- analisi comparativa tra il modello organizzativo esistente (“*as-is*”) e un modello di organizzazione, gestione e controllo “*a tendere*” conforme alle previsioni del d.lgs. 231/2001 (“*to be*”), con particolare riferimento, in termini di compatibilità, al sistema delle deleghe e dei poteri, al sistema delle procedure, alle caratteristiche dell’organismo cui affidare il compito di vigilare sul funzionamento e l’osservanza del Modello;
- predisposizione di un piano di attuazione per l’individuazione dei requisiti organizzativi caratterizzanti un modello di organizzazione, gestione e controllo *ex* d.lgs. 231/2001 e delle azioni di miglioramento dell’attuale sistema di controllo (processi e procedure).

3.1.5 Definizione del modello di organizzazione, gestione e controllo

Scopo della Fase 5 è stato quello di definire il modello di organizzazione, gestione e controllo *ex* d.lgs. 231/2001 della Fondazione, articolato in tutte le sue componenti, secondo le disposizioni del d.lgs. 231/2001, i principi derivanti dalla Legge 190/2012 e le indicazioni fornite dall’A.I.O.P. e dall’A.R.I.S. e alle indicazioni operative contenute nell’approfondimento dedicato alla Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione.

La realizzazione della Fase 5 è stata supportata sia dai risultati delle fasi precedenti, sia dalle scelte di indirizzo degli organi decisionali della Fondazione.


Dopo la prima approvazione del Modello in data 23/12/2014 la Fondazione ha provveduto ad aggiornare il Modello stesso per tener conto dell’evoluzione normativa, giurisprudenziale e dottrinale in materia nonché dei cambiamenti organizzativi intervenuti.

3.1.6 Aggiornamento del modello di organizzazione, gestione e controllo del 2019-2020

L’aggiornamento, avviato nel 2019, ha previsto la formazione di un Gruppo di Lavoro, costituito sia da risorse interne (le risorse della Fondazione a ciò qualificate) che da risorse esterne (professionisti esperti in tematiche relative ai sistemi di controllo interno, e *risk management* nonché esperti legali con provata esperienza nel settore) affinché venissero espletate attività di *risk mapping* e *risk assessment* necessarie al fine di addivenire ad un aggiornamento del Modello.

Il Gruppo di Lavoro ha, anzitutto, sulla scorta dell’analisi compiuta sui *case history* e sulla documentazione preliminare richiesta alla Fondazione, con riferimento alle aree a rischio oggetto di aggiornamento (Negoziazione ed esecuzione della convenzione con la Regione e con altri Enti Pubblici per l’espletamento dell’attività propria della Fondazione; Gestione dei servizi di accettazione nei confronti degli utenti che richiedono l’erogazione di servizi medico-sanitari e gestione dei rapporti con gli utenti relativamente ai servizi medico-sanitari offerti) e con riferimento alle fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/01, predisposto i questionari preliminari e le *check-list* ed individuato i *key officer* con cui successivamente ha svolto le interviste. Tali attività hanno portato ad individuare e definire il c.d. Universo di Analisi con evidenza delle aree di rischio, delle attività sensibili, dei reati applicabili nonché dei controlli.

All’esito dell’attività di *risk assessment* si è provveduto, per le aree a rischio sopra indicate, alla identificazione dei punti di miglioramento, con la formulazione di appositi suggerimenti, nonché dei piani di azione per l’implementazione dei principi di controllo (c.d. *gap analysis*).

 <p data-bbox="105 215 260 271">SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p data-bbox="344 141 1129 241">PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p data-bbox="1195 145 1361 219">Rev. 3 del 29/04/2021</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Il risultato del complessivo lavoro svolto è confluito nel Modello che è stato aggiornato anche in considerazione delle modifiche ai reati presupposto introdotti nel D.Lgs. 231/01.

3.2 La funzione del Modello

L'adozione e l'efficace attuazione del Modello non solo consentono a Fondazione Santa Lucia di beneficiare dell'esimente prevista dal d.lgs. 231/2001, ma migliorano, nei limiti previsti dallo stesso, la sua cultura di *governance*, limitando il rischio di commissione dei Reati.

Scopo del Modello è la predisposizione di un sistema strutturato e organico di procedure e attività di controllo (preventivo ed *ex post*) che abbia come obiettivo la riduzione del rischio di commissione dei Reati, mediante l'individuazione delle Attività Sensibili e la loro conseguente proceduralizzazione.

I principi contenuti nel presente Modello devono condurre, da un lato, a determinare una piena consapevolezza del potenziale autore del Reato di commettere un illecito (la cui commissione è fortemente condannata e contraria agli interessi della Fondazione, anche quando apparentemente essa potrebbe trarne un vantaggio), dall'altro, grazie a un monitoraggio costante dell'attività, a consentire alla Fondazione di reagire tempestivamente nel prevenire o impedire la commissione del Reato stesso.

Tra le finalità del Modello vi è, quindi, quella di sviluppare la consapevolezza nei Dipendenti, Organi della Fondazione, Consulenti e Partner, che operino per conto o nell'interesse della Fondazione nell'ambito delle Attività Sensibili, di poter incorrere - in caso di comportamenti non conformi alle norme e procedure (oltre che alla legge) - in illeciti passibili di conseguenze penalmente rilevanti non solo per se stessi, ma anche per la Fondazione.

Inoltre, si intende censurare fattivamente ogni comportamento illecito, attraverso la costante attività dell'Organismo di Vigilanza (di seguito OdV) sull'operato delle persone rispetto alle Attività Sensibili e la comminazione di sanzioni disciplinari o contrattuali.

Inoltre, tenuto conto delle indicazioni fornite dall'Anac la Fondazione ha inteso integrare il Modello con la finalità di rafforzare, nel contrasto e nella prevenzione della corruzione, il sistema di controllo interno e di prevenzione tenuto conto di quanto già implementato dalla Fondazione cogliendo altresì l'opportunità fornita dalla Legge Anticorruzione per introdurre nuove e ulteriori misure, con un'azione coordinata per l'attuazione di efficaci tecniche di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

3.3 Principi ed elementi ispiratori del Modello

Nella predisposizione del presente Modello, si è tenuto conto delle procedure e dei sistemi di controllo (rilevati in fase di "as-is") esistenti, ove giudicati idonei a valere anche come misure di prevenzione dei Reati e controllo sulle Attività Sensibili.

Il presente Modello, fermo restando la sua finalità peculiare descritta al precedente paragrafo 3.2 e relativa al d.lgs. 231, si inserisce nel più ampio sistema di controllo in essere nella Fondazione.



In particolare, quali specifici strumenti già esistenti e diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni della Fondazione, anche in relazione ai reati da prevenire, la Fondazione ha individuato i seguenti:

1. la documentazione e le disposizioni inerenti alla struttura gerarchico - funzionale e organizzativa della Fondazione;
2. la comunicazione al personale e la formazione dello stesso;
3. il sistema disciplinare di cui al CCNL applicabile;
4. in generale, la normativa italiana e straniera applicabile.

I principi, le regole e le procedure di cui agli strumenti sopra elencati non vengono riportati dettagliatamente nel presente Modello, ma fanno parte del più ampio sistema di organizzazione e controllo che lo stesso intende integrare.

Principi cardine a cui il Modello si ispira, oltre a quanto sopra indicato, sono:

- le linee guida dell'A.I.O.P. e dell'A.R.I.S e le indicazioni operative contenute nell'approfondimento dedicato alla Sanità del P.N.A, in base alle quali è stata predisposta la mappatura delle Attività Sensibili;
- i requisiti indicati dal d.lgs. 231/2001 e in particolare:
 - l'attribuzione all'OdV del compito di promuovere l'attuazione efficace e corretta del Modello, anche attraverso il monitoraggio dei comportamenti e il diritto a una informazione costante sulle attività rilevanti ai fini del d.lgs. 231/2001;
 - la messa a disposizione dell'OdV di risorse adeguate a supportarlo nei compiti affidatigli e a raggiungere risultati ragionevolmente ottenibili;
 - l'attività di verifica del funzionamento del Modello, con conseguente aggiornamento periodico (controllo *ex post*);
 - l'attività di sensibilizzazione e diffusione, a tutti i livelli, delle regole comportamentali e delle procedure istituite;
- i principi generali di un adeguato sistema di controllo interno e in particolare:
 - la verificabilità e documentabilità di ogni operazione;
 - il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
 - la definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
 - la comunicazione all'OdV delle informazioni rilevanti.

3.4 Il Modello di Fondazione Santa Lucia

La costruzione da parte di Fondazione Santa Lucia di un proprio Modello ha comportato, dunque, un'attività d'adeguamento del modello organizzativo esistente, al fine di renderlo coerente con i



principi di controllo introdotti con il d.lgs. 231/2001 e, conseguentemente, idoneo a prevenire la commissione dei reati richiamati dal decreto stesso.

Il d.lgs. 231/2001, infatti, attribuisce, unitamente al verificarsi delle altre circostanze previste dagli artt. 6 e 7 del decreto, un valore scriminante all'adozione ed efficace attuazione di modelli di organizzazione e gestione, nella misura in cui questi ultimi risultino idonei a prevenire, con ragionevole certezza, la commissione, o la tentata commissione, dei reati richiamati dal decreto.

In particolare, ai sensi del comma 2 dell'art. 6 del d.lgs. 231/2001, un modello di organizzazione e gestione deve rispondere alle seguenti esigenze:

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

Con riferimento ai reati in materia di salute e sicurezza dai quali può scaturire la responsabilità amministrativa dell'ente, il d.lgs. n. 81 del 9 aprile 2008, recante il Testo Unico in materia di salute e sicurezza del lavoro, stabilisce, all'art. 30 (Modelli di organizzazione e di gestione), che il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa, adottato ed efficacemente attuato, deve assicurare un sistema per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

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

In sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione si presumono conformi ai requisiti di cui all'art.30 del d.lgs.81/2008 per le parti corrispondenti, qualora siano definiti, conformemente alle



Linee guida UNI-INAIL, per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007. Agli stessi fini, ulteriori modelli di organizzazione e gestione possono essere indicati dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

Alla luce delle considerazioni che precedono, la Fondazione ha inteso predisporre un Modello che, sulla scorta delle indicazioni fornite dal codice di comportamento redatto dall’A.I.O.P, tenesse conto della propria peculiare realtà.

Il Modello, pertanto, rappresenta un insieme coerente di principi, procedure e disposizioni che:

- incidono sul funzionamento interno della Fondazione e sulle modalità con le quali la stessa si rapporta con l’esterno e
- regolano la diligente gestione di un sistema di controllo delle attività sensibili, finalizzato a prevenire la commissione, o la tentata commissione, dei reati richiamati dal d.lgs. 231/2001.

Il Modello, strutturato in un complesso articolato di documenti, comprende i seguenti elementi costitutivi:

- processo di individuazione delle attività nel cui ambito possono essere commessi i reati richiamati dal d.lgs. 231/2001;
- previsione di standard di controllo in relazione alle attività sensibili individuate;
- processo di individuazione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a impedire la commissione dei reati;
- OdV;
- flussi informativi da e verso l’OdV e specifici obblighi di informazione nei confronti dell’OdV;
- programma di verifiche periodiche sulle attività sensibili e sui relativi standard di controllo;
- sistema disciplinare atto a sanzionare la violazione delle disposizioni contenute nel Modello;
- piano di formazione e comunicazione al personale dipendente e ad altri soggetti che interagiscono con la Fondazione;
- criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello.

I sopra citati elementi costitutivi sono rappresentati nel presente documento: “Principi di riferimento del Modello”

Il documento relativo ai Principi di riferimento del Modello contiene:

- (i) nella parte generale, una descrizione relativa:
 - al quadro normativo di riferimento (dettagliato nell’Appendice A);
 - alla metodologia adottata per le attività di *risk assessment* e *gap analysis*;
 - alla individuazione e nomina dell’OdV di Fondazione Santa Lucia, con specificazione di poteri, compiti e flussi informativi che lo riguardano;
 - alla funzione del sistema disciplinare e al relativo apparato sanzionatorio;



- al piano di formazione e comunicazione da adottare, al fine di garantire la conoscenza delle misure e delle disposizioni del Modello;
- criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello;
- (ii) nella parte speciale, una descrizione relativa:
 - alle principali fattispecie di reato richiamate dal d.lgs. 231/2001;
 - ai processi/attività sensibili e relativi standard di controllo.



4. L'OdV ai sensi del d.lgs. 231/2001

4.1 L'OdV di Fondazione Santa Lucia

In base alle previsioni del d.lgs. 231/2001 – art. 6, comma 1, lett. a) e b) – l'ente può essere esonerato dalla responsabilità conseguente alla commissione di reati da parte dei soggetti qualificati *ex art. 5* del d.lgs. 231/2001, se l'organo dirigente ha, fra l'altro:

- adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire i reati considerati;
- affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello e di curarne l'aggiornamento a un organismo dell'ente, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo.

L'affidamento dei suddetti compiti a un organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, unitamente al corretto ed efficace svolgimento degli stessi, rappresentano, quindi, presupposti indispensabili per l'esonero dalla responsabilità prevista dal d.lgs. 231/2001.

Il d.lgs. 231/2001 non fornisce indicazioni circa la composizione dell'OdV. In assenza di tali indicazioni, la Fondazione ha optato per una soluzione che, tenuto conto delle finalità perseguite dalla legge, è in grado di assicurare, in relazione alle proprie dimensioni e alla propria complessità organizzativa, l'effettività dei controlli cui l'OdV è preposto.

4.1.1 Principi generali in tema di istituzione, nomina e sostituzione dell'OdV

L'OdV della Fondazione Santa Lucia è istituito con delibera del Consiglio di Amministrazione e dura in carica per tre anni, pur continuando a svolgere *ad interim* le proprie funzioni, fino a nuova nomina dello stesso. Allo scadere del mandato i singoli membri possono essere rinominati.

La nomina quale componente dell'OdV è condizionata alla presenza dei requisiti soggettivi dell'onorabilità, integrità e rispettabilità, nonché all'assenza di cause di incompatibilità con la nomina stessa, quali relazioni di parentela con esponenti degli organi della Fondazione e potenziali conflitti di interesse con il ruolo e i compiti che si andrebbero a svolgere.

In particolare, all'atto del conferimento dell'incarico, il soggetto designato a ricoprire la carica di OdV deve rilasciare una dichiarazione nella quale attesta l'assenza di motivi di incompatibilità, quali, a titolo meramente esemplificativo:

- relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il IV grado con componenti del Consiglio di Amministrazione, soggetti apicali in genere, sindaci della Fondazione e revisori incaricati dalla società di revisione;
- conflitti di interesse, anche potenziali, con la Fondazione, tali da pregiudicare l'indipendenza richiesta dal ruolo e dai compiti propri dell'OdV;
- funzioni di amministrazione – nei tre esercizi precedenti alla nomina quale membro dell'OdV, ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con lo stesso Organismo – di imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o altre procedure concorsuali;



- rapporto di pubblico impiego, presso amministrazioni centrali o locali, nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell’OdV, ovvero all’instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con lo stesso Organismo;
- sentenza di condanna, anche in primo grado, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta (il c.d. patteggiamento), in Italia o all’estero, per i delitti richiamati dal d.lgs. 231/2001 o delitti a essi assimilabili;
- condanna, anche in primo grado, 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.

I sopra richiamati requisiti soggettivi e motivi di incompatibilità devono essere considerati anche con riferimento ad eventuali consulenti esterni coinvolti nell’attività e nello svolgimento dei compiti propri dell’OdV.

In particolare, all’atto del conferimento dell’incarico, il consulente esterno deve rilasciare apposita dichiarazione nella quale attesta:

- l’assenza dei sopra elencati motivi di incompatibilità o di ragioni ostative all’assunzione dell’incarico;
- la circostanza di essere stato adeguatamente informato delle disposizioni e delle regole comportamentali previste dal Modello.

Al fine di garantire la necessaria indipendenza dei membri dell’OdV, sono, qui di seguito, indicate le modalità di revoca dei poteri connessi con tale incarico.

La revoca dei poteri propri dell’OdV, nel suo complesso o di singoli membri e la relativa sostituzione, potrà avvenire soltanto per giusta causa, anche legata a interventi di ristrutturazione organizzativa della Fondazione o di cambiamenti nel management aziendale, mediante un’apposita delibera del Consiglio di Amministrazione e con l’approvazione del Collegio dei Revisori dei Conti.

A tale proposito, per “giusta causa” di revoca dei poteri connessi con l’incarico di membro dell’OdV potrà intendersi, a titolo meramente esemplificativo:

- la perdita dei requisiti soggettivi di onorabilità, integrità, rispettabilità e indipendenza presenti in sede di nomina;
- il sopraggiungere di un motivo di incompatibilità;
- una grave negligenza nell’assolvimento dei compiti connessi con l’incarico quale (a titolo meramente esemplificativo): l’omessa redazione della relazione informativa semestrale o della relazione riepilogativa annuale sull’attività svolta al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei Conti di cui al successivo paragrafo 4.3;
- l’“omessa o insufficiente vigilanza” da parte dell’OdV – secondo quanto previsto dall’art. 6, comma 1, lett. d), d.lgs. 231/2001 – risultante da una sentenza, anche in primo grado, emessa nei confronti della Fondazione ai sensi del d.lgs. 231/2001, ovvero da sentenza di applicazione della pena su richiesta (il c.d. patteggiamento);



- l’attribuzione di funzioni e responsabilità operative, all’interno dell’organizzazione, incompatibili con i requisiti di “autonomia e indipendenza” e “continuità di azione” propri dell’OdV.

In casi di particolare gravità, il Consiglio di Amministrazione potrà comunque disporre – sentito il parere del collegio dei revisori dei conti – la sospensione dei poteri dell’OdV e la nomina di un Organismo *ad interim*.

Nel caso del venir meno (per dimissioni, rinuncia, decadenza, impedimento permanente, scadenza del mandato e, per quanto riguarda i componenti nominati in ragione della funzione di cui siano titolari all’interno della Fondazione, dal venir meno della titolarità di questa) di uno dei componenti dell’ODV, la nomina del sostituto è deliberata dal Consiglio di Amministrazione. Il soggetto nominato rimane in carica fino alla scadenza del mandato in corso per gli altri membri.

Il Consiglio di Amministrazione individuerà un soggetto delegato che avrà cura di comunicare all’interno della Fondazione i compiti dell’OdV e i suoi poteri e di formalizzare e gestire, nel rispetto delle procedure interne (IO 6.1), gli incarichi per i componenti dell’OdV nonché di condurre la procedura di selezione dei candidati da proporre al Consiglio di Amministrazione, nel caso di rinnovo/sostituzione di uno o più componenti.



4.2 Funzioni e poteri dell'OdV

Le attività poste in essere dall'OdV non possono essere sindacate da alcun altro organismo o struttura della Fondazione, fermo restando però che l'organo dirigente è in ogni caso chiamato a svolgere un'attività di vigilanza sull'adeguatezza del suo operato, in quanto è all'organo dirigente che rimonta la responsabilità ultima del funzionamento e dell'efficacia del Modello.

All'OdV sono conferiti i poteri di iniziativa e controllo necessari per assicurare un'effettiva ed efficiente vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello, secondo quanto stabilito dall'art. 6 del d.lgs. 231/2001.

In particolare, all'OdV sono affidati, per l'espletamento e l'esercizio delle proprie funzioni, i seguenti compiti e poteri:

- verificare l'adeguatezza del Modello, sia rispetto alla prevenzione della commissione dei reati richiamati dal d.lgs. 231/2001, sia con riferimento alla capacità di far emergere il concretizzarsi di eventuali comportamenti illeciti;
- verificare l'efficienza e l'efficacia del Modello, anche in termini di rispondenza tra le modalità operative adottate in concreto e le procedure formalmente previste dal Modello stesso;
- verificare il mantenimento nel tempo dei requisiti di efficienza ed efficacia del Modello;
- curare, sviluppare e promuovere il costante aggiornamento del Modello, formulando, ove necessario, all'organo dirigente, le proposte per eventuali aggiornamenti e adeguamenti da realizzarsi mediante le modifiche e/o le integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di:
 - (i) significative violazioni delle prescrizioni del Modello;
 - (ii) significative modificazioni dell'assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività d'impresa;
 - (iii) modifiche normative;
- assicurare il periodico aggiornamento del sistema di identificazione, mappatura e classificazione delle attività sensibili;
- mantenere un collegamento costante con la società di revisione, salvaguardandone la necessaria indipendenza, e con gli altri consulenti e collaboratori coinvolti nelle attività di efficace attuazione del Modello;
- rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali che dovessero emergere dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie Direzioni/Unità;
- segnalare tempestivamente all'organo dirigente, per gli opportuni provvedimenti, le violazioni accertate del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo alla Fondazione;
- curare i rapporti e assicurare i flussi informativi di competenza verso il Consiglio di Amministrazione, nonché verso il Collegio dei Revisori dei Conti;



- promuovere e definire le iniziative per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello, nonché per la formazione del personale e la sensibilizzazione dello stesso all’osservanza dei principi contenuti nel Modello;
- promuovere e elaborare interventi di comunicazione e formazione sui contenuti del d.lgs. 231/2001, sugli impatti della normativa sull’attività della Fondazione e sulle norme comportamentali;
- fornire chiarimenti in merito al significato e alla applicazione delle previsioni contenute nel Modello;
- predisporre un efficace sistema di comunicazione interna, per consentire la trasmissione di notizie rilevanti ai fini del d.lgs. 231/2001, garantendo la tutela e la riservatezza del segnalante;
- accedere liberamente presso qualsiasi direzione e unità della Fondazione – senza necessità di alcun consenso preventivo – per richiedere e acquisire informazioni, documentazione e dati, ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal d.lgs. 231/2001, da tutto il personale dipendente e dirigente;
- richiedere informazioni rilevanti a Consulenti e Partner;
- promuovere l’attivazione di eventuali procedimenti disciplinari di cui al capitolo 6 del presente Modello;
- verificare e valutare l’idoneità del sistema disciplinare ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 231/2001. Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione curerà l’adeguata comunicazione alle Direzioni/Unità della Fondazione dei compiti dell’OdV e dei suoi poteri.

Nel contesto delle procedure di formazione del budget, il Consiglio di Amministrazione dovrà approvare una dotazione adeguata di risorse finanziarie della quale l’Organismo potrà disporre per ogni esigenza necessaria al corretto svolgimento dei compiti (es. consulenze specialistiche, trasferte, ecc.).

4.3 Reporting dell’OdV verso gli organi della Fondazione

L’OdV riferisce in merito all’attuazione del Modello, all’emersione di eventuali criticità, alla necessità di interventi modificativi.

L’OdV ha due linee di reporting:

- la prima, su base continuativa, direttamente verso il Presidente;
- la seconda, almeno semestrale, nei confronti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Gli incontri con gli organi della Fondazione cui l’OdV riferisce devono essere documentati.

L’OdV cura l’archiviazione della relativa documentazione.

L’OdV predispone:

- con cadenza semestrale, una relazione informativa relativa all’attività svolta (indicando in particolare i controlli effettuati e l’esito degli stessi, le verifiche specifiche di cui al successivo



cap. 7 e l'esito delle stesse, l'eventuale aggiornamento della mappatura delle Attività Sensibili, ecc.) da presentare al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei Conti, per il tramite della Segreteria della Direzione Amministrativa;

- 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 a Consiglio di Amministrazione e Collegio dei Revisori dei Conti, per il tramite della Segreteria della Direzione Amministrativa;
- immediatamente, una comunicazione relativa al verificarsi di situazioni straordinarie (ad esempio: significative violazioni dei principi contenuti nel Modello, innovazioni legislative in materia di responsabilità amministrativa degli enti, significative modificazioni dell'assetto organizzativo della Fondazione, ecc.) e in caso di segnalazioni ricevute che rivestono carattere d'urgenza, da presentare al Consiglio di Amministrazione.

Qualora l'OdV rilevi criticità riferibili a qualcuno dei soggetti referenti, la corrispondente segnalazione è da destinarsi prontamente a uno degli altri soggetti sopra indicati.

Il Consiglio di Amministrazione e il Collegio dei Revisori dei Conti hanno la facoltà di convocare in qualsiasi momento l'OdV il quale, a sua volta, ha la facoltà di richiedere, attraverso le Direzioni/Unità o i soggetti competenti, la convocazione dei predetti organi per motivi urgenti.

4.4 Flussi informativi verso l'OdV: informazioni di carattere generale e informazioni specifiche obbligatorie. Segnalazioni e Whistleblowing

L'OdV deve essere tempestivamente informato, mediante apposito sistema di comunicazione interna, in merito a quegli atti, comportamenti o eventi che possono determinare una violazione del Modello o che, più in generale, sono rilevanti ai fini del d.lgs. 231/2001.

Gli obblighi di informazione su eventuali comportamenti contrari alle disposizioni contenute nel Modello rientrano nel più ampio dovere di diligenza e obbligo di fedeltà del prestatore di lavoro di cui agli artt. 2104 e 2105 c.c.

Il corretto adempimento dell'obbligo di informazione da parte del prestatore di lavoro non può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari.

Per quanto concerne Consulenti, Partner, ecc., è contrattualmente previsto un obbligo di informativa immediata a loro carico, nel caso in cui gli stessi ricevano, direttamente o indirettamente, da un dipendente/rappresentante della Fondazione, una richiesta di comportamenti che potrebbero determinare una violazione del Modello.

Al fine di agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del Modello, in conformità alla disciplina prevista dalla legge 30 novembre 2017, n. 179, che ha introdotto nel Decreto l'istituto del cosiddetto "whistleblowing", devono essere inviate all'OdV segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del d.lgs. 231/01 e 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.

La disciplina in parola peraltro prevede che i canali informativi attraverso cui gestire le citate segnalazioni debbano garantire la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione.



La Fondazione, in conformità a quanto previsto da detta normativa, garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante. L'invio della segnalazione può infatti essere trasmesso all'e-mail whistleblowing della Fondazione: odv231@hsantalucia.it. Qualora la segnalazione non sia correttamente inviata all'Organismo di Vigilanza, la stessa dovrà essere tempestivamente inoltrata dall'erroneo destinatario al medesimo OdV, tramite il suddetto canale, affinché esso possa valutare le segnalazioni ricevute e determinare le eventuali iniziative. Resta inteso che per ragioni di riservatezza e tutela del segnalante il soggetto che ha ricevuto erroneamente la segnalazione sarà tenuto a cancellarla e a rispettare gli obblighi di riservatezza.

Valgono al riguardo le seguenti prescrizioni di carattere generale:

- devono essere raccolte eventuali segnalazioni relative alla commissione, o alla ragionevole convinzione di commissione, dei Reati o comunque a comportamenti in generale non in linea con le regole di comportamento di cui al presente Modello;
- il dipendente che intenda segnalare una violazione (o presunta violazione) del Modello può contattare l'Organismo di Vigilanza mediante il canale sopra indicato;
- i Consulenti e i Partner, per quanto riguarda i rapporti e l'attività svolta nei confronti della Fondazione, effettuano la segnalazione direttamente all'OdV;
- le segnalazioni devono essere circostanziate e, ove possibile, le stesse devono essere fondate su elementi di fatto precisi e concordanti;
- l'OdV valuta le segnalazioni ricevute; gli eventuali provvedimenti conseguenti sono applicati in conformità a quanto previsto al successivo capitolo 6 (Sistema Disciplinare);
- i segnalanti saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione e in ogni caso sarà assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Fondazione o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede;
- tutte le segnalazioni devono essere veritiere e animate da buona fede. Integra illecito disciplinare il comportamento di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.

Oltre alle segnalazioni relative a violazioni di carattere generale sopra descritte, devono essere trasmesse all'OdV, da parte delle Direzioni/Unità che operano nell'ambito delle Attività Sensibili, le informazioni concernenti:

- le risultanze periodiche dell'attività di controllo dalle stesse Direzioni/Unità, posta in essere per dare attuazione al Modello (report riepilogativi dell'attività svolta, attività di monitoraggio, indici consuntivi, ecc.);
- le anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili (un fatto non rilevante, se singolarmente considerato, potrebbe assumere diversa valutazione in presenza di ripetitività o estensione dell'area di accadimento).

Tali informazioni possono riguardare, a titolo meramente esemplificativo:

- operazioni percepite come "a rischio" (ad esempio: verifiche da parte delle Autorità di Controllo, ecc.);
- 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 la Fondazione;



- 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;
- i rapporti preparati dai responsabili di altre Direzioni/Unità nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali potrebbero emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili critici rispetto all'osservanza delle norme e previsioni del Modello;
- le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e alle eventuali sanzioni irrogate (ivi compresi i provvedimenti assunti verso i dipendenti) ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;
- ogni altra informazione che, sebbene non compresa nell'elenco che precede, risulti rilevante ai fini di una corretta e completa attività di vigilanza e aggiornamento del Modello.

Le informazioni potranno essere inviate attraverso l'Organismo di Vigilanza al seguente indirizzo di posta elettronica odv@hsantalucia.it.

4.5 Raccolta e conservazione delle informazioni

Ogni informazione, segnalazione, report previsti nel presente Modello sono conservati dall'OdV in un apposito archivio (informatico o cartaceo).



5. La formazione delle risorse e la diffusione del Modello

5.1 Premessa

La Fondazione, al fine di dare efficace attuazione al Modello, intende assicurare una corretta divulgazione dei contenuti e dei principi dello stesso, all'interno e all'esterno della propria organizzazione.

In particolare, obiettivo della Fondazione è estendere la comunicazione dei contenuti e dei principi del Modello, non solo ai propri dipendenti ma anche ai soggetti che, pur non rivestendo la qualifica formale di dipendente, operano – anche occasionalmente – per il conseguimento degli obiettivi della Fondazione in forza di rapporti contrattuali.

L'attività di comunicazione e formazione sarà diversificata a seconda dei destinatari cui essa si rivolge, ma dovrà essere, in ogni caso, improntata a principi di completezza, chiarezza, accessibilità e continuità, al fine di consentire ai diversi destinatari la piena consapevolezza di quelle disposizioni che sono tenuti a rispettare e delle norme etiche che devono ispirare i loro comportamenti.

La comunicazione e la formazione sui principi e contenuti del Modello sono garantite dai responsabili delle singole Direzioni/Unità che, secondo quanto indicato e pianificato dall'OdV, identificano la migliore modalità di fruizione di tali servizi (ad esempio: programmi di formazione, staff meeting, ecc.).

L'attività di comunicazione e formazione è supervisionata e integrata dall'OdV, cui sono assegnati, tra gli altri, i compiti di “promuovere e definire le iniziative per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello, nonché per la formazione del personale e la sensibilizzazione dello stesso all'osservanza dei principi contenuti nel Modello” e di “promuovere e elaborare interventi di comunicazione e formazione sui contenuti del d.lgs. 231/2001, sugli impatti della normativa sull'attività della Fondazione e sulle norme comportamentali”.

5.2 Dipendenti

Ogni dipendente è tenuto a:

- acquisire consapevolezza dei principi e contenuti del Modello;
- conoscere le modalità operative con le quali deve essere realizzata la propria attività;
- contribuire attivamente, in relazione al proprio ruolo e alle proprie responsabilità, all'efficace attuazione del Modello, segnalando eventuali carenze riscontrate nello stesso.

Al fine di garantire un'efficace e razionale attività di comunicazione, la Fondazione intende promuovere e agevolare la conoscenza dei contenuti e dei principi del Modello, del Codice Etico e delle procedure implementate, con grado di approfondimento diversificato a seconda della posizione e del ruolo dagli stessi ricoperto.

Ai dipendenti e ai nuovi assunti viene consegnata copia di un estratto dei Principi di riferimento del Modello e del Codice Etico mediante allegazione al cedolino paga ed è fatta loro sottoscrivere dichiarazione di conoscenza ed osservanza dei principi del Modello e del Codice Etico ivi descritti.



In ogni caso viene garantita la possibilità di consultare i documenti direttamente sulla bacheca /Intranet.

Idonei strumenti di comunicazione sono adottati per aggiornare i destinatari del presente paragrafo circa le eventuali modifiche apportate al Modello e al Codice Etico, nonché ogni rilevante cambiamento procedurale, normativo o organizzativo.

Ai componenti degli organi della Fondazione, al personale direttivo e con funzioni di rappresentanza e ai dipendenti che operino in specifiche aree di rischio sarà resa disponibile copia cartacea della versione integrale del Modello e del Codice Etico. Specularmente a quanto previsto per i dipendenti, ai nuovi dirigenti e ai nuovi componenti degli organi della Fondazione sarà consegnata copia cartacea della versione integrale del Modello e del Codice Etico al momento dell'accettazione della carica loro conferita e sarà fatta loro sottoscrivere dichiarazione di osservanza dei principi del Modello stesso.

Idonei strumenti di comunicazione saranno adottati per aggiornare i dipendenti circa le eventuali modifiche apportate al Modello, nonché ogni rilevante cambiamento procedurale, normativo o organizzativo.

5.3 Altri destinatari

L'attività di comunicazione dei contenuti e dei principi del Modello e del Codice Etico dovrà essere indirizzata anche nei confronti di quei soggetti terzi che intrattengano con la Fondazione rapporti di collaborazione contrattualmente regolati o che rappresentano la Fondazione senza vincoli di dipendenza (ad esempio: Consulenti e Partner).

A tal fine, ai soggetti terzi la Fondazione fornirà la Parte Generale del Modello e il Codice Etico anche mediante rimando ai documenti presenti nel sito internet della Fondazione.



6. Il sistema sanzionatorio

6.1 Principi generali

L'art. 6, comma 2, lett. e) e l'art. 7, comma 4, lett. b) del d.lgs. n. 231/2001 indicano, quale condizione per un'efficace attuazione del modello di organizzazione, gestione e controllo, l'introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello stesso. Pertanto, la definizione di un adeguato sistema disciplinare costituisce un presupposto essenziale della valenza scriminante del modello di organizzazione, gestione e controllo ex d.lgs. n. 231/2001, rispetto alla responsabilità amministrativa degli enti.

Le sanzioni previste saranno applicate ad ogni violazione delle disposizioni contenute nel Modello, a prescindere dalla commissione di un reato e dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'autorità giudiziaria.

Ai sensi dell'art. 6 comma 2-bis lett. d) del D.Lgs. 231/01 costituiscono violazioni del Modello anche le violazioni delle misure poste a tutela della riservatezza dell'identità del soggetto che abbia segnalato violazioni del Modello o condotte illecite rilevanti ai sensi del Decreto 231, nonché nell'ipotesi di condotte ritorsive e/o discriminatorie, dirette e indirette, nei confronti soggetto segnalante. Il Modello sanziona altresì chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.

L'Organismo di Vigilanza, ricevuta la segnalazione e svolti gli opportuni accertamenti, formula una proposta in merito ai provvedimenti da adottare e comunica la propria valutazione agli organi competenti, in base al sistema disciplinare, che si pronunceranno in merito all'eventuale adozione e/o modifica delle misure proposte dall'Organismo di Vigilanza, attivando le Direzioni/Unità di volta in volta competenti, in ordine all'effettiva applicazione delle misure.

Per la contestazione, l'accertamento delle infrazioni e l'applicazione di sanzioni disciplinari restano validi i poteri già conferiti ai soggetti della Fondazione a ciò delegati.

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

6.2 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati

La violazione delle singole disposizioni e regole comportamentali di cui al Modello, da parte dei dipendenti, costituisce sempre illecito disciplinare.

La Fondazione chiede ai propri dipendenti di segnalare le eventuali violazioni. La Fondazione valuta in senso positivo il contributo prestato, anche qualora il soggetto che ha effettuato la segnalazione abbia contribuito a tale violazione.

Quanto alla tipologia di sanzioni irrogabili, nel caso di rapporto di lavoro subordinato, qualsiasi provvedimento sanzionatorio deve rispettare le procedure previste dall'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori, caratterizzato, oltre che dal principio di tipicità delle violazioni, anche dal principio di tipicità delle sanzioni.



6.2.1 Misure nei confronti del personale non dirigente

I comportamenti posti in essere dal personale dipendente in violazione delle regole comportamentali contenute nel Modello assurgono a inosservanza di una obbligazione primaria del rapporto stesso e, conseguentemente, costituiscono illeciti disciplinari.

In relazione ai provvedimenti applicabili al personale dipendente non dirigente, il sistema sanzionatorio della Fondazione trova la sua primaria fonte nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, per il personale dipendente da residenze sanitarie assistenziali e centri di riabilitazioni, per il personale medico dipendente da case di cura, IRCCS, presidi e centri di riabilitazione, per il personale dipendente delle strutture sanitarie (associate all'AIPO, all'ARIS, e alla Fondazione Don Carlo Gnocchi).

Si precisa che la sanzione irrogata dovrà essere proporzionata alla gravità della violazione commessa e, in particolare, si dovrà tener conto:

- dell'elemento soggettivo, ossia dell'intenzionalità del comportamento o del grado di colpa (negligenza, imprudenza o imperizia);
- del comportamento complessivo del dipendente, con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari;
- del livello di responsabilità e di autonomia del dipendente autore dell'illecito disciplinare;
- del coinvolgimento di altre persone;
- della gravità degli effetti dell'illecito disciplinare, ossia del livello di rischio cui la Fondazione ragionevolmente può essere esposta in seguito alla violazione contestata;
- di altre particolari circostanze che accompagnano l'illecito.

In base a quanto previsto dal CCNL per il personale dipendente da residenze sanitarie assistenziali e centri di riabilitazioni, dal CCNL per il personale medico dipendente da case di cura, IRCCS, presidi e centri di riabilitazione, dal CCNL per il personale dipendente delle strutture sanitarie (associate all'AIPO, all'ARIS, e alla Fondazione Don Carlo Gnocchi), le sanzioni disciplinari applicabili, a seconda della gravità delle infrazioni, sono:

- 1) richiamo verbale;
- 2) richiamo scritto;
- 3) multa non superiore all'importo di quattro ore di retribuzione;
- 4) sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a 10 giorni;
- 5) licenziamento per giusta causa.

I comportamenti passibili dell'applicazione di sanzioni disciplinari ex d.lgs. 231/2001 sono i seguenti:

A. il dipendente che ometta di eseguire, con la diligenza dovuta, i compiti e le mansioni previste dalle procedure interne o violi le prescrizioni previste dal Modello e dai documenti da esso



richiamati in materia di informazioni all’Organismo di Vigilanza o di controlli da svolgere o che, in ogni caso, nell’espletamento di attività classificate come “sensibili” ai sensi e per gli effetti del Modello, incorra in una lieve violazione, per la prima volta, delle disposizioni del Modello, sempre che da detta violazione non discenda, per la Fondazione, all’esterno un maggior impatto negativo.

Viene ravvisata nel comportamento in questione una mancanza punibile con la sanzione disciplinare del richiamo verbale.

- B. il dipendente che, più volte, ometta di eseguire, con la diligenza dovuta, i compiti e le mansioni previste dalle procedure interne o violi le prescrizioni previste dal Modello e dai documenti da esso richiamati in materia di informazioni all’Organismo di Vigilanza o di controlli da svolgere o che, in ogni caso, nell’espletamento di attività classificate come “sensibili” ai sensi e per gli effetti del Modello, adotti più volte un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello.

Viene ravvisata nel comportamento in questione una mancanza punibile con la sanzione disciplinare del richiamo scritto.

- C. il dipendente che ometta di eseguire, con la diligenza dovuta, i compiti e le mansioni previste dalle procedure interne o violi le prescrizioni previste dal Modello e dai documenti da esso richiamati in materia di informazioni all’Organismo di Vigilanza o di controlli da svolgere o che, in ogni caso, nell’espletamento di attività classificate come “sensibili” ai sensi e per gli effetti del Modello, adotti un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello, compiendo atti contrari all’interesse della Fondazione, esponendo la stessa ad una situazione di pericolo per l’integrità dei beni della Fondazione, ovvero arrechi danno alla Fondazione compiendo atti contrari all’interesse della stessa, ovvero il lavoratore che sia recidivo oltre la terza volta nell’anno nelle mancanze di cui ai punti A e B.

Viene ravvisata, nel comportamento in questione, una mancanza punibile con la multa non superiore all’importo di quattro ore di retribuzione.

- D. il dipendente che adotti, nell’espletamento delle attività classificate come “sensibili” ai sensi e per gli effetti del Modello, un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello e diretto in modo univoco al compimento di un reato sanzionato dal d.lgs. 231/2001.

Viene ravvisata, nel comportamento in questione, una mancanza punibile con la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a dieci giorni.

- E. il dipendente che adotti, nell’espletamento delle attività classificate come “sensibili” ai sensi e per gli effetti del Modello, un comportamento, in violazione alle prescrizioni del Modello, tale da determinare la concreta applicazione a carico della Fondazione delle misure previste dal d.lgs. 231/2001, nonché il lavoratore che sia recidivo oltre la terza volta nell’anno delle mancanze di cui al punto D.

Viene ravvisata, nel comportamento in questione, una mancanza punibile con la sanzione disciplinare del licenziamento con le modalità previste nei CCNL.

- F. il dipendente che, con dolo o colpa grave, segnali violazioni del Modello o condotte illecite rilevanti ai sensi del Decreto 231, che si rilevino infondate.

 <p>SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p>PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p>Rev. 3 del 29/04/2021</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Viene ravvisata, nel comportamento in questione, una mancanza punibile con [INSERIRE SANZIONE]

6.2.2 Misure nei confronti dei dirigenti

In caso di violazione del Modello organizzativo, da parte dei dirigenti, la Fondazione provvederà ad applicare, nei confronti dei responsabili, le misure più idonee in conformità a quanto normativamente previsto.

6.3 Misure nei confronti dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori dei Conti

Alla notizia di violazione delle disposizioni e delle regole di comportamento del Modello, da parte di membri del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori dei Conti, l'Organismo di Vigilanza dovrà tempestivamente informare dell'accaduto il Collegio dei Revisori dei Conti e il Consiglio di Amministrazione.

I soggetti destinatari dell'informativa dell'Organismo di Vigilanza potranno assumere gli opportuni provvedimenti.

6.4 Misure nei confronti degli altri Destinatari

La violazione, da parte degli altri Destinatari del Modello aventi rapporti contrattuali con la Fondazione per lo svolgimento di attività ritenute sensibili, delle disposizioni e delle regole di comportamento previste dal Modello o l'eventuale commissione dei reati contemplati dal d.lgs. 231/2001 da parte degli stessi, sarà sanzionata secondo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali che saranno inserite nei relativi contratti.

Tali clausole, facendo esplicito riferimento al rispetto delle disposizioni e delle regole di comportamento previste dal Modello, potranno prevedere, ad esempio, l'obbligo, da parte di questi soggetti terzi, di non adottare atti o intrattenere comportamenti tali da determinare una violazione del Modello da parte della Fondazione.

 <p data-bbox="105 215 260 271">SANTA LUCIA NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE</p>	<p data-bbox="343 141 1129 241">PRINCIPI DI RIFERIMENTO DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO EX D.LGS. 231/2001 –PARTE GENERALE</p>	<p data-bbox="1193 145 1361 219">Rev. 3 del 29/04/2021</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

7. Adozione del Modello – Criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello

7.1 Verifiche e controlli sul Modello

Nello svolgimento della propria attività, l’OdV può avvalersi sia del supporto di Direzioni e Unità interne alla Fondazione, con specifiche competenze nei settori di volta in volta sottoposti a controllo, sia, con riferimento all’esecuzione delle operazioni tecniche necessarie per lo svolgimento della funzione di controllo, di consulenti esterni. In tal caso, i consulenti dovranno sempre riferire i risultati del loro operato all’OdV.

All’OdV sono riconosciuti, nel corso delle verifiche e ispezioni, i più ampi poteri al fine di svolgere efficacemente i compiti affidatigli.

7.2 Aggiornamento e adeguamento

Il Consiglio di Amministrazione delibera in merito all’aggiornamento del Modello e del suo adeguamento, in relazione a modifiche e/o integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di:

- violazioni delle prescrizioni del Modello;
- modificazioni dell’assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività d’impresa;
- modifiche normative;
- risultanze dei controlli.

Una volta approvate, le modifiche e le istruzioni, per la loro immediata applicazione, sono comunicate all’OdV, il quale, a sua volta, provvederà, senza indugio, a rendere le stesse modifiche operative e a curare la corretta comunicazione dei contenuti all’interno e all’esterno della Fondazione.

L’OdV provvederà, altresì, mediante apposita relazione, a informare il Consiglio di Amministrazione circa l’esito dell’attività intrapresa in ottemperanza alla delibera che dispone l’aggiornamento e/o adeguamento del Modello.

L’OdV conserva, in ogni caso, precisi compiti e poteri in merito alla cura, sviluppo e promozione del costante aggiornamento del Modello. A tal fine, formula osservazioni e proposte, attinenti l’organizzazione e il sistema di controllo, alle Direzioni e Unità a ciò preposte o, in casi di particolare rilevanza, al Consiglio di Amministrazione.

In particolare, al fine di garantire che le variazioni del Modello siano operate con la necessaria tempestività ed efficacia, senza al contempo incorrere in difetti di coordinamento tra i processi operativi, le prescrizioni contenute nel Modello e la diffusione delle stesse, il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto di delegare all’OdV il compito di apportare con cadenza periodica, ove risulti necessario, le modifiche al Modello che attengano ad aspetti di carattere descrittivo.

Si precisa che con l’espressione “aspetti descrittivi” 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 Direzioni/Unità munite di specifica delega (es. nuove procedure).



In occasione della presentazione della relazione riepilogativa annuale, l'OdV presenta al Consiglio di Amministrazione un'apposita nota informativa delle variazioni apportate, in attuazione della delega ricevuta, al fine di farne oggetto di delibera di ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione.

Rimane, in ogni caso, di esclusiva competenza del Consiglio di Amministrazione la delibera di aggiornamenti e/o di adeguamenti del Modello dovuti ai seguenti fattori:

- 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 d'impresa;
- commissione dei reati richiamati dal d.lgs. 231/2001 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.

Il Modello sarà, in ogni caso, sottoposto a procedimento di revisione periodica, con cadenza triennale, da disporsi mediante delibera del Consiglio di Amministrazione.