



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E
CONTROLLO DELLA FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-
MEDICO**

EX DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231

PARTE GENERALE

Approvato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico il 10/04/2024



SOMMARIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. PREMESSA..... | 5 |
| 2. LA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO..... | 5 |
| 3. IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001 | 6 |
| 3.1 Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico degli Enti | 6 |
| 3.2 I reati previsti dal Decreto | 7 |
| 3.3 I reati commessi all'estero..... | 9 |
| 3.4 I reati tentati..... | 9 |
| 3.5 Il procedimento di accertamento dell'illecito..... | 9 |
| 3.6 Le sanzioni previste dal Decreto | 10 |
| 3.7 L'adozione e l'attuazione del Modello quale possibile esimente della responsabilità amministrativa da reato | 11 |
| 4. LINEE GUIDA ELABORATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA..... | 13 |
| 5. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO | 14 |
| 5.1 Finalità del Modello | 14 |
| 5.2 Destinatari del Modello | 15 |
| 5.2.1 I Soggetti Apicali | 16 |
| 5.2.2 I Soggetti Subordinati | 16 |
| 5.2.3 I Destinatari terzi | 16 |
| 5.3 Aggiornamento del Modello..... | 16 |
| 5.4 Il percorso di costruzione e aggiornamento del Modello | 17 |
| 5.5 Struttura del Modello della Fondazione | 18 |
| 5.6 Il Codice Etico quale parte integrante e sostanziale del Modello | 19 |
| 6. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO..... | 20 |
| 6.1 Il modello di governance..... | 20 |



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1.1 Il Consiglio di Amministrazione..... | 20 |
| 6.1.2. Il Presidente | 20 |
| 6.1.3. L'Amministratore Delegato / Direttore Generale | 21 |
| 6.1.4. Il Collegio Sindacale..... | 21 |
| 6.1.5. Il Direttore Scientifico | 21 |
| 6.2 Il sistema organizzativo | 21 |
| 6.3 Il sistema delle deleghe e delle procure..... | 24 |
| 6.4 Il sistema normativo interno | 25 |
| 6.5 Il sistema di controllo | 25 |
| 6.6 La Struttura Internal Audit della Fondazione Campus Bio-Medico | 26 |
| 7. IL SISTEMA DI CONTROLLO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E SULLA TUTELA AMBIENTALE | 27 |
| 7.1 La gestione operativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro e in materia ambientale | 27 |
| 7.2 Il sistema di monitoraggio in materia di salute e sicurezza sul lavoro e in materia ambientale | 28 |
| 8. ORGANISMO DI VIGILANZA | 28 |
| 8.1 Identificazione, nomina e durata dell'Organismo di Vigilanza..... | 28 |
| 8.2 Revoca dell'Organismo di Vigilanza | 29 |
| 8.3 Requisiti dell'Organismo di Vigilanza | 30 |
| 8.4 Compiti e poteri dell'Organismo di Vigilanza | 30 |
| 8.5 Reporting verso gli Organi Sociali | 31 |
| 8.6 Regolamento di funzionamento dell'Organismo di Vigilanza | 31 |
| 8.7 Flussi informativi verso l'organismo di vigilanza..... | 32 |
| 9. SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE O DI VIOLAZIONI DEL MODELLO 231 | 33 |
| 10. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO | 34 |
| 10.1 La comunicazione del Modello | 34 |
| 10.2 Formazione del Personale..... | 34 |
| 10.3 Informativa ai Destinatari terzi..... | 35 |



| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 11. SISTEMA DISCIPLINARE | 35 |
| 11.1 Principi Generali..... | 35 |
| 11.2 Provvedimenti sanzionatori nei confronti dei Soggetti Subordinati..... | 37 |
| 11.3 Provvedimenti sanzionatori nei confronti Soggetti Apicali e Dirigenti | 38 |
| 11.4 Altre misure di tutela in caso di mancata osservazione delle prescrizioni del Modello misure nei confronti di collaboratori esterni nei confronti dei Dipendenti | 39 |
| DEFINIZIONI E ACRONIMI | 40 |

1. PREMESSA

Il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 ha introdotto nell'ordinamento giuridico la *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica”*.

La Fondazione –sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione degli affari e delle attività organizzative a tutela della propria immagine, dei servizi che offre sul territorio, delle aspettative dei propri clienti e del lavoro dei propri dipendenti – ha ritenuto opportuno adottare un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001, con il quale definire un sistema strutturato di regole e di controlli ai quali attenersi per perseguire lo scopo sociale in piena conformità alle vigenti disposizioni di legge, anche al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001.

Il presente documento rappresenta, pertanto, il documento di sintesi del Modello 231 della Fondazione.

2. LA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Sulla base di quanto stabilito dallo Statuto la Fondazione non ha fini di lucro e persegue finalità di tutela e promozione della persona umana nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della formazione, della ricerca scientifica e dell'innovazione in campo biomedico e sanitario, sia clinico che traslazionale. La Fondazione opera per il perseguimento dei propri scopi in stretta collaborazione con i Fondatori, dando vita ad una relazione virtuosa incentrata sul principio di unità, funzionale al perseguimento della medesima missione affidata dagli Enti Promotori alla Fondazione.

La Fondazione persegue le suddette finalità assumendo la gestione del Policlinico Universitario "Campus Bio-Medico" (di seguito anche il "Policlinico"). Il Policlinico è un ospedale di alta specializzazione che opera in sinergia con l'Università Campus Bio-Medico (di seguito anche "UCBM"), nell'ambito della formazione e della ricerca scientifica in campo biomedico e sanitario, sia clinico sia traslazionale.

Il Policlinico si caratterizza per l'esercizio sinergico delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. L'attenzione alla situazione personale del paziente, l'accoglienza e il rispetto dei più alti standard internazionali di sicurezza e qualità e modernità delle attrezzature ospedaliere sono gli elementi essenziali dell'assistenza sanitaria offerta dal Policlinico.

Il Policlinico intende, quindi, essere un luogo dove la cura, la formazione clinica, la ricerca di terapie all'avanguardia e l'innovazione nei modelli assistenziali si armonizzano nel servizio alla persona. Nel perseguire tale obiettivo, favorisce l'integrazione tra i diversi professionisti, sanitari e no, riconoscendone il valore e l'imprescindibilità per il conseguimento dei fini istituzionali.

Sintesi della missione del Policlinico si declina nell'individuazione ed erogazione dei più elevati livelli di cura e assistenza, in risposta al bisogno di salute della persona, attraverso un modello organizzativo sostenibile e un modello assistenziale attento a ogni singola persona. Un obiettivo che coinvolge in maniera inscindibile sia l'attività di ricerca, tesa al costante progresso delle conoscenze mediche e biomediche, sia l'attività didattica, strumento essenziale per la formazione e il miglioramento delle competenze degli operatori sanitari e degli studenti.

Nello specifico, il Policlinico nello svolgimento delle sue attività si ispira ai seguenti valori:

- centralità della persona: assumere come riferimento prioritario la centralità della persona intesa come soggetto autonomo, favorendo la sua partecipazione attiva al processo di cura;

- rapporto con il cittadino-utente: favorire un rapporto con il cittadino-utente attraverso la semplificazione amministrativa dei percorsi assistenziali e la trasparenza dei processi decisionali e delle politiche del Policlinico, al fine di sviluppare rapporti di fiducia e comprensione e facilitare l'accesso ai servizi di cura;
- prevenzione e promozione della salute: sviluppare sinergie con altre strutture sanitarie sul territorio e con i medici di medicina generale, al fine di promuovere e partecipare a iniziative di medicina preventiva e di monitoraggio epidemiologico sul territorio, collaborando alla promozione di stili di vita sani;
- informazione e comunicazione: migliorare qualità ed efficacia della comunicazione, al fine di promuovere una cultura dell'informazione sanitaria che coinvolga le comunità, le organizzazioni sociali e di volontariato, consentendo al cittadino una concreta libertà di cura;
- eticità: attivare processi volti a individuare e a verificare il mantenimento di livelli appropriati d'assistenza secondo criteri etici;
- tempestività della cura: monitorare e garantire tempi d'attesa che non inficino l'efficacia di prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- performance e qualità: formulare linee guida e indicatori, anche di esito, per monitorare e valutare percorsi clinici e soddisfazione dei cittadini/utenti;
- sicurezza e salute sul lavoro: sviluppare un modello di governance della sicurezza nella prestazione dei servizi e delle attività cliniche, rivolto all'utenza, al personale e ai soggetti in formazione, in grado di diffondere la cultura del lavoro sicuro e rispettoso dell'ambiente quale fondamento di una sanità di valore;
- valorizzazione professionale: sviluppare un'adeguata offerta formativa al fine di valorizzare e potenziare tutte le figure professionali e le potenzialità individuali, promuovendo un senso collegiale di appartenenza e di condivisione dei valori dell'istituzione;
- etica della responsabilità: richiamare tutti al valore etico del lavoro e, in particolare, del lavoro in sanità, assumendosi le responsabilità derivanti di fronte al cittadino-utente, all'Istituzione cui si appartiene e alla società;
- integrazione: promuovere l'integrazione tra le unità organizzative e sostenere il lavoro di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, sviluppare soluzioni organizzative e gestionali basate su logiche di processo;
- innovazione: favorire procedure gestionali innovative e tecnologie che consentano di coniugare la qualità delle prestazioni a un razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strutturali e professionali;
- confronto con le parti sociali: dialogare con maturità con le organizzazioni sindacali, di volontariato, di promozione sociale e di tutela dei diritti degli utenti;
- sostenibilità ambientale: adottare politiche e promuovere programmi per l'utilizzo di energie ecosostenibili e per l'efficientamento energetico finalizzate ad un modello di ospedale a basso impatto ambientale.

3. IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/2001

3.1 Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico degli Enti

Il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 ha adeguato la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche alle seguenti convenzioni internazionali, cui l'Italia aveva già da tempo aderito:

- la Convenzione di Bruxelles del 26 luglio 1995 sulla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee;
- la Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione nella quale sono coinvolti funzionari della Comunità Europea o degli Stati membri;
- la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997 sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche ed internazionali.

Il Decreto ha introdotto nell'ordinamento italiano un regime di responsabilità amministrativa a carico sia delle persone giuridiche sia delle società ed associazioni anche prive di personalità giuridica (di seguito "Ente" o "Enti") per alcune tipologie di reato commesse nell'interesse o a vantaggio delle stesse, da parte di:

- a) persone fisiche che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (Soggetti Apicali);
- b) persone fisiche sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei Soggetti Apicali (Soggetti Subordinati).

L'Ente non risponde se le persone sopra indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi (art. 5 del Decreto) o abbiano fraudolentemente eluso le misure preventive poste in essere dall'Ente.

Oltre alle circostanze sopra descritte, il Decreto richiede, al fine di poter affermare la responsabilità dell'Ente, anche l'accertamento della sua colpa organizzativa, da intendersi quale mancata adozione di misure preventive adeguate a prevenire la commissione dei reati specificamente indicati nel Decreto da parte dei soggetti di cui ai *sub* punti a) e b).

La responsabilità amministrativa dell'Ente si aggiunge a quella (penale) della persona fisica che ha materialmente commesso il reato e sono entrambe oggetto di accertamento nel corso di un procedimento innanzi al giudice penale. Peraltro, la responsabilità dell'Ente permane anche nel caso in cui la persona fisica autrice del reato non sia stata identificata o non risulti punibile, nonché qualora il reato si estingua per una causa diversa dall'amnistia (art. 8 del Decreto).

Ai sensi dell'art. 23 del Decreto, l'Ente risponde anche nel caso in cui, chiunque, nello svolgimento dell'attività dell'Ente e nell'interesse o a vantaggio di esso, abbia trasgredito agli obblighi o ai divieti inerenti a sanzioni interdittive applicabili all'Ente.

3.2 I reati previsti dal Decreto

La responsabilità dell'Ente sussiste esclusivamente nel caso di commissione dei reati presupposto previsti espressamente dal Decreto, con riferimento alle seguenti categorie di reato:

- i. Reati in danno della Pubblica Amministrazione (artt. 24 e 25, D.Lgs. 231/2001);
- ii. Delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-*bis*, D.Lgs. 231/2001);
- iii. Delitti di criminalità organizzata (art. 24-*ter*, D.Lgs. 231/2001);
- iv. Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (art. 25-*bis*, D.Lgs. 231/2001);
- v. Delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-*bis*.1, D.Lgs. 231/2001);
- vi. Reati societari (art. 25-*ter*, D.Lgs. 231/2001);
- vii. Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsti dal Codice penale e dalle leggi speciali (art. 25-*quater*, D.Lgs. 231/2001);

- viii. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-*quater*.1, D.Lgs. 231/2001);
- ix. Delitti contro la personalità individuale (art. 25-*quinquies*, D.Lgs. 231/2001);
- x. Reati di abuso di informazioni privilegiate e di manipolazione del mercato (art. 25-*sexies*, D.Lgs. 231/2001);
- xi. Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-*septies*, D.Lgs. 231/2001);
- xii. Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio (art. 25-*octies*, D.Lgs. 231/2001);
- xiii. Delitti in materia di strumenti di pagamento diversi dai contanti (art. 25-*octies*.1, D.Lgs. 231/2001);
- xiv. Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-*novies*, D.Lgs. 231/2001);
- xv. Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'Autorità giudiziaria (art. 25-*decies*, D.Lgs. 231/2001);
- xvi. Reati transnazionali (Legge 16 marzo 2006, n. 146);
- xvii. Reati ambientali (art. 25-*undecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xviii. Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-*duodecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xix. Razzismo e xenofobia (art. 25-*terdecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xx. Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati (art. 25-*quaterdecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xxi. Reati tributari (art. 25-*quinquiesdecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xxii. Contrabbando (art. 25-*sexiesdecies*, D. Lgs. 231/2001).
- xxiii. Reati contro il patrimonio culturale (art. 25-*septiesdecies*, D.Lgs. 231/2001);
- xxiv. Riciclaggio di beni culturali e devastazione e saccheggio di beni culturali e paesaggistici (art. 25-*duodevicies*, D.Lgs. 231/2001).
- xxv. Illeciti amministrativi nell'ambito della filiera degli oli vergini di oliva (Legge n. 9/2013, art. 12)

All'esito delle attività di *risk assessment* svolte dalla Fondazione, sono stati considerati astrattamente rilevanti i reati presupposto di cui ai sub punti i), ii), iii), iv), vi), vii) viii); ix), xi), xii), xiii); xiv), xv), xvi), xvii), xviii), xix), xxi).

Per quanto concerne le restanti categorie di reato presupposto *ex* D.Lgs. 231/2001, all'esito delle attività di *risk assessment* svolte si è ritenuto che la loro commissione possa essere stimata come non rilevante in relazione all'ambito di attività della Fondazione.

In ogni caso, si ritiene che il complesso dei principi di controllo, adottati dalla Fondazione per assicurare il corretto svolgimento delle attività organizzative, mitighi il rischio di commissione di tutte le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/2001.

Per l'elencazione completa dei reati presupposto si faccia riferimento all'Allegato 1 del Modello "Reati presupposto *ex* D.L.gs. 231/2001".

3.3 I reati commessi all'estero

In base al disposto dell'articolo 4 del Decreto, l'Ente che ha sede in Italia può essere chiamato a rispondere, in relazione a reati presupposto consumati all'estero, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- a) il reato deve essere commesso all'estero dal soggetto funzionalmente legato all'Ente;
- b) l'Ente deve avere la sede principale in Italia;
- c) l'Ente può rispondere nei casi e alle condizioni previsti dagli articoli 7, 8, 9 e 10 del Codice penale;
- d) se sussistono i casi e le condizioni indicate al punto precedente, l'Ente risponde purché nei suoi confronti non proceda lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto;
- e) nei casi in cui la legge prevede che il colpevole sia punito a richiesta del Ministro della giustizia, si procede contro l'Ente solo se la richiesta è formulata anche nei confronti di quest'ultimo;
- f) il reo al momento dell'esercizio dell'azione penale deve trovarsi nel territorio dello Stato e non deve essere stato estradato.

3.4 I reati tentati

L'Ente risponde anche degli illeciti dipendenti da delitti tentati.

Nelle ipotesi di commissione nella forma del tentativo dei reati presupposto previsti dal Decreto, le sanzioni pecuniarie e le sanzioni interdittive sono ridotte da un terzo alla metà, mentre è esclusa l'irrogazione di sanzioni nei casi in cui l'Ente impedisca volontariamente il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento. L'esclusione di sanzioni si giustifica, in tal caso, in forza dell'interruzione di ogni rapporto di immedesimazione tra Ente e soggetti che assumono di agire in suo nome e per suo conto.

3.5 Il procedimento di accertamento dell'illecito

La responsabilità per la commissione di un illecito amministrativo derivante da reato da parte dell'Ente viene accertata nell'ambito di un procedimento penale.

Altra regola prevista dal Decreto, ispirata a ragioni di effettività, omogeneità ed economia processuale, è quella dell'obbligatoria riunione dei procedimenti: in sostanza, il processo nei confronti dell'Ente dovrà rimanere riunito, per quanto possibile, al processo penale instaurato nei confronti della persona fisica che ha materialmente commesso il fatto nell'interesse o a vantaggio dell'Ente medesimo (art. 38 del D.Lgs. 231/2001).

Tale regola trova un contemperamento nel dettato dello stesso art. 38¹ che, al comma 2, disciplina i casi in cui si procede separatamente per l'illecito amministrativo.

L'accertamento della responsabilità dell'Ente, attribuito al giudice penale, avviene mediante:

- la verifica della sussistenza del reato presupposto per la responsabilità dell'Ente;
- l'accertamento in ordine alla sussistenza dell'interesse o vantaggio dell'Ente alla commissione del reato da parte del suo Apicale o Subordinato;

¹ Art. 38, comma 2, D.Lgs. 231/2001: "Si procede separatamente per l'illecito amministrativo dell'ente soltanto quando: a) è stata ordinata la sospensione del procedimento ai sensi dell'articolo 71 del codice di procedura penale [sospensione del procedimento per l'incapacità dell'imputato, N.d.R.]; b) il procedimento è stato definito con il giudizio abbreviato o con l'applicazione della pena ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale [applicazione della pena su richiesta, N.d.R.], ovvero è stato emesso il decreto penale di condanna; c) l'osservanza delle disposizioni processuali lo rende necessario." Per completezza, si richiama inoltre l'art. 37 del Decreto, ai sensi del quale "Non si procede all'accertamento dell'illecito amministrativo dell'ente quando l'azione penale non può essere iniziata o proseguita nei confronti dell'autore del reato per la mancanza di una condizione di procedibilità" (vale a dire quelle previste dal Titolo III del Libro V c.p.p.: querela, istanza di procedimento, richiesta di procedimento o autorizzazione a procedere).

- il sindacato di idoneità sui Modelli adottati.

Il sindacato del giudice circa l'astratta idoneità del Modello 231 a prevenire i reati di cui al Decreto è condotto secondo il criterio della c.d. "prognosi postuma". Il giudizio di idoneità è, cioè, formulato secondo un criterio sostanzialmente *ex ante*, ossia prima della commissione del fatto illecito, per cui il giudice si colloca, idealmente, nella realtà aziendale nel momento in cui si è verificato l'illecito per saggiare la congruenza del Modello adottato.

3.6 Le sanzioni previste dal Decreto

Le sanzioni previste dal Decreto a carico degli Enti a seguito della commissione o tentata commissione dei reati presupposto, sono riconducibili alle seguenti categorie:

- sanzioni pecuniarie;
- sanzioni interdittive;
- confisca;
- pubblicazione della sentenza.

Sanzioni pecuniarie

Le sanzioni pecuniarie si applicano in tutti i casi in cui sia riconosciuta la responsabilità dell'Ente. Vengono applicate per "quote", in numero non inferiore a cento e non superiore a mille, mentre l'importo di ciascuna quota va da un minimo di € 258,23 ad un massimo di € 1.549,37.

Il giudice determina il numero di quote sulla base dei seguenti indici: gravità del fatto, grado della responsabilità dell'Ente, attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti. L'importo della quota, invece, è fissato sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali dell'Ente coinvolto.

Sanzioni interdittive

Le sanzioni interdittive, irrogabili nelle sole ipotesi tassativamente previste e solo per alcuni reati², sono:

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

Le sanzioni interdittive sono applicate nelle ipotesi tassativamente indicate dall'art. 13 del Decreto quando ricorre almeno una delle seguenti condizioni:

- l'Ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed il reato è stato commesso:

² Il legislatore ha previsto la possibile applicazione delle sanzioni interdittive solo per alcune fattispecie di reato delle seguenti categorie: artt. 24 e 25; art. 24-bis; art. 24-ter; art. 25-bis; art. 25-ter; art. 25-quater; art. 25-quater.1; art. 25-quinquies; art. 25-septies; art. 25-octies; art. 25-octies.1; art. 25-novies; art. 25-undecies; art. 25-duodecies; art. 25-terdecies; art. 25-quaterdecies; art. 25-quinquiesdecies; art. 25-sexiesdecies; art. 25-septiesdecies; art. 25-duodevicies.

- a) da Soggetti Apicali;
- b) da Soggetti Subordinati quando la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- in caso di reiterazione degli illeciti.

Quanto alla tipologia e alla durata³ delle sanzioni interdittive, queste sono stabilite dal giudice tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'Ente, dell'attività da questi svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto illecito e per prevenire la commissione di ulteriori reati.

Vale la pena ricordare che in luogo dell'applicazione della sanzione, il giudice può disporre la prosecuzione dell'attività dell'Ente da parte di un commissario giudiziale.

Infine, le sanzioni interdittive possono essere applicate all'Ente in via cautelare quando sussistono gravi indizi di responsabilità dell'Ente stesso nella commissione del reato e vi sono fondati e specifici elementi che fanno ritenere concreto il pericolo che vengano commessi illeciti della stessa natura di quello per cui si procede (art. 45 del Decreto).

L'inosservanza delle sanzioni interdittive applicate all'Ente costituisce il reato di "Inosservanza delle sanzioni interdittive" previsto dall'art. 23 del Decreto.

Confisca del prezzo o del profitto del reato

Con la sentenza di condanna è sempre disposta la confisca - anche per equivalente - del prezzo⁴ o del profitto⁵ del reato, salvo che per la parte che può essere restituita al danneggiato e fatti salvi i diritti acquisiti dai terzi in buona fede.

Pubblicazione della sentenza

La pubblicazione della sentenza è una sanzione eventuale e presuppone l'applicazione di una sanzione interdittiva (art. 18 del Decreto). Tale pubblicazione avviene ai sensi dell'articolo 36 del Codice penale, nonché mediante affissione nel comune dove l'Ente ha la sede principale. La pubblicazione è eseguita a cura della cancelleria del giudice competente ed a spese dell'Ente.

Occorre, infine, osservare che l'Autorità Giudiziaria può, altresì, a mente del Decreto, disporre: *a*) il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca (art. 53 del Decreto); *b*) il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'Ente qualora vi sia la fondata ragione di ritenere che manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento o di altre somme dovute allo Stato (art. 54 del Decreto).

3.7 L'adozione e l'attuazione del Modello quale possibile esimente della responsabilità amministrativa da reato

Gli artt. 6 e 7 del Decreto prevedono forme specifiche di esonero dalla responsabilità amministrativa dell'Ente per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio, sia da Soggetti Apicali sia Soggetti Subordinati.

³ Le sanzioni interdittive hanno una durata minima di tre mesi e massima di due anni. La Legge anticorruzione (n. 3 del 9 gennaio 2019) ha modificato, tra gli altri, l'art. 25 del Decreto, determinando la durata delle sanzioni interdittive - per i reati indicati - in misura compresa tra i quattro e i sette anni se il reato è commesso dagli Apicali e tra i due ed i quattro anni se il reato è commesso da soggetti Subordinati.

⁴ Il prezzo deve intendersi come denaro o altre utilità economica data o promessa per indurre o determinare un altro soggetto a commettere il reato.

⁵ Il profitto deve intendersi quale utilità economica immediatamente ricavata dall'Ente (cfr. Cass. S.U. 25.6.2009 n. 38691). Nel caso di reati commessi in violazione della normativa in materia ambientale o della salute e sicurezza sul lavoro, il profitto è considerato equivalente al risparmio di spesa che l'Ente ha conseguito in virtù della condotta illecita.

In particolare, l'articolo 6, comma 1, del Decreto, nel caso di reati commessi da Soggetti Apicali, prevede che l'Ente non è ritenuto responsabile se prova che:

- a) l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, Modelli di organizzazione e di gestione (ovvero un Modello 231) idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei Modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato ad un organismo dell'Ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo (ovvero l'Organismo di Vigilanza);
- c) le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente il Modello;
- d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Pertanto, nel caso di reato commesso da Soggetti Apicali, sussiste in capo all'Ente una presunzione di responsabilità dovuta al fatto che tali soggetti esprimono e rappresentano la volontà dell'Ente stesso. Tale presunzione, tuttavia, può essere superata se l'Ente riesce a dimostrare la sussistenza delle succitate quattro condizioni di cui all'art. 6 del Decreto. In tal caso, pur sussistendo la responsabilità personale in capo al Soggetto Apicale, l'Ente non è responsabile ai sensi del Decreto.

Nello stesso modo, l'art. 7 del Decreto configura la responsabilità amministrativa dell'Ente per i reati realizzati da Soggetti Subordinati, se la loro commissione è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o di vigilanza. In ogni caso, l'inosservanza di detti obblighi di direzione o di vigilanza è esclusa se l'Ente dimostra di aver adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, un Modello 231 idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi. Pertanto, in tale caso, l'adozione del Modello da parte dell'Ente costituisce una presunzione a suo favore, comportando, così, l'inversione dell'onere della prova a carico dell'accusa che dovrà, quindi, dimostrare la mancata adozione ed efficace attuazione del Modello.

Si precisa inoltre che, relativamente ai reati colposi in materia di salute e sicurezza sul lavoro contemplati dall'art. 25-*septies* del Decreto, l'art. 30 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 (Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro) stabilisce che il Modello 231, affinché sia idoneo ad avere efficacia esimente, debba essere composto da peculiari componenti, adottato ed efficacemente attuato, assicurando che il sistema aziendale preveda specifiche procedure e disposizioni interne in grado di garantire l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici dettati dallo stesso Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Con riferimento alle caratteristiche del Modello, il Decreto prevede espressamente, all'articolo 6, comma 2, che questi devono rispondere alle seguenti esigenze:

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

Infine, il Modello 231 deve prevedere delle idonee modalità di gestione delle segnalazioni, tutelando gli autori delle stesse. Al riguardo, il D.Lgs. 231/2001 è stato integrato dapprima dall'articolo 2 della Legge 30 novembre 2017, n. 179 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti*

a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e successivamente dal Decreto Legislativo n. 24 del 10 marzo 2023 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali". In particolare, il suddetto Decreto in materia di c.d. *whistleblowing* ha riformulato l'art. 6 comma 2-bis del Decreto 231, specificando che i Modelli debbano prevedere "ai sensi del decreto legislativo attuativo della direttiva (UE)2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, i canali di segnalazione interna, il divieto di ritorsione e il sistema disciplinare, adottato ai sensi del comma 2, lettera e)".

Sotto un profilo formale l'adozione ed efficace attuazione di un Modello 231 non costituisce un obbligo, ma unicamente una facoltà per gli Enti, i quali ben potrebbero decidere di non conformarsi al disposto del Decreto senza incorrere, per ciò solo, in alcuna sanzione.

A ben vedere, tuttavia, l'adozione ed efficace attuazione di un Modello idoneo è, per gli Enti, un presupposto irrinunciabile per poter beneficiare dell'esimente prevista dal Legislatore.

È importante, inoltre, tenere conto che il Modello 231 non è da intendersi quale strumento statico, ma deve essere considerato, di converso, come un apparato dinamico che permette all'Ente di eliminare, attraverso una corretta e mirata implementazione dello stesso nel corso del tempo, eventuali mancanze che, al momento della sua creazione, non era possibile individuare.

4. LINEE GUIDA ELABORATE DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

Su espressa indicazione del Legislatore, i Modelli possono essere adottati sulla base di codici di comportamento redatti da associazioni rappresentative di categoria che siano stati comunicati al Ministero della giustizia, il quale, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare entro trenta giorni osservazioni sull'idoneità dei Modelli a prevenire i reati.

La Fondazione, nella predisposizione e l'aggiornamento del presente Modello, si è ispirata alle Linee guida per la costruzione dei Modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 emanate da Confindustria (di seguito, per brevità, "Linee guida"), dalle linee guida per l'applicazione della normativa vigente nelle strutture sanitarie AIOP e ARIS nonché alle più rilevanti *best practice* in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro e in materia di tutela ambientale. Il percorso indicato dalle Linee guida per l'elaborazione del Modello 231 può essere schematizzato secondo i seguenti punti fondamentali:

- individuazione delle aree / processi a rischio, volta a verificare in quali aree/settori aziendali sia possibile la realizzazione del reato;
- predisposizione di un sistema di controllo in grado di ridurre i rischi attraverso l'adozione di appositi Protocolli. A supporto di ciò, soccorre l'insieme coordinato di strutture organizzative, attività e regole operative applicate – su indicazione del vertice apicale – dal *management*, volto a fornire una ragionevole sicurezza in merito al raggiungimento delle finalità rientranti in un buon sistema di controllo interno.

Le componenti più rilevanti del sistema di controllo preventivo proposto dalle Linee guida di Confindustria sono, per quanto concerne la prevenzione dei reati dolosi:

- il Codice Etico;
- il sistema organizzativo;
- le procedure manuali e/o informatiche;
- i poteri autorizzativi e di firma;

- il sistema di controllo integrato;
- la comunicazione al personale e la formazione.

Con riferimento ai reati colposi, invece:

- il Codice Etico;
- la struttura organizzativa;
- la formazione e l'addestramento;
- la comunicazione e il coinvolgimento del personale;
- la gestione operativa;
- il sistema di monitoraggio della sicurezza.

Le Linee guida di Confindustria precisano, inoltre, che le componenti del sistema di controllo sopra descritte devono conformarsi ad una serie di principi di controllo, fra cui:

- verificabilità, documentabilità, coerenza e congruità di ogni operazione;
 - separazione delle funzioni (nessuno può gestire in autonomia tutte le fasi di un processo);
 - documentazione dei controlli;
- introduzione di un adeguato sistema sanzionatorio per le violazioni delle norme e dei protocolli previsti dal Modello 231 e/o del Decreto;
 - individuazione di un Organismo di Vigilanza i cui principali requisiti siano:
 - autonomia e indipendenza;
 - professionalità;
 - continuità di azione;
 - obbligo, da parte delle strutture aziendali, di fornire informazioni all'Organismo di Vigilanza, sia su base strutturata (informativa periodica in attuazione del Modello stesso), sia per segnalare anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili.

Infine, nella predisposizione e nell'aggiornamento del presente Modello 231, la Fondazione ha altresì tenuto in considerazione i principali provvedimenti giurisprudenziali in materia di responsabilità amministrativa degli Enti.

5. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

5.1 Finalità del Modello

Il Modello può essere definito come un complesso organico di principi, regole, disposizioni, schemi organizzativi e responsabilità, funzionale all'attuazione ed alla diligente gestione di un sistema di controllo e monitoraggio delle aree a rischio con riferimento ai reati previsti dal Decreto.

La Fondazione ritiene che l'adozione ed il conseguente costante aggiornamento del Modello 231, benché non obbligatoria, possa costituire un valido strumento di sensibilizzazione nei confronti di tutti coloro che operano in nome e per conto della stessa, affinché seguano, nell'espletamento delle proprie attività, comportamenti etici, corretti e trasparenti.

Finalità perseguita con il Modello è, altresì, la costruzione di un sistema di controllo volto a prevenire i reati per i quali trova applicazione il Decreto, commessi da Soggetti Apicali o Subordinati, dai quali possa derivare la responsabilità amministrativa della Fondazione ai sensi del Decreto medesimo.

In particolare, attraverso il presente Modello, la Fondazione intende perseguire le seguenti finalità:

- rafforzare il sistema di *governance* che presiede alla gestione e al controllo della Fondazione, permettendo di monitorare le attività sensibili e intervenire per prevenire il rischio di commissione dei reati presupposto ed eventualmente rinforzare il sistema di controllo interno modificando procedure, i livelli autorizzativi o i sistemi di supporto;
- predisporre un sistema organizzativo formalizzato e chiaro per quanto attiene all'attribuzione di responsabilità, alle linee di dipendenza gerarchica ed alla descrizione dei compiti, con specifica previsione di principi di controllo;
- attuare lo scopo statutario adottando comportamenti improntati a rigore, integrità e trasparenza promuovendo l'esercizio delle attività aziendali con professionalità, diligenza, onestà e correttezza;
- tutelare la propria immagine, gli interessi e le aspettative dei dipendenti, degli Enti Promotori e di sensibilizzare tutti i collaboratori e tutti coloro che operano in nome e per conto della Fondazione all'adozione di comportamenti corretti al fine di evitare la commissione di reati;
- informare i destinatari del Modello – come definiti al paragrafo successivo – dell'esistenza del Modello stesso e della necessità di conformarsi ad esso;
- formare i destinatari interni del Modello 231, ribadendo che la Fondazione disapprova e sanziona qualsiasi comportamento difforme, oltre che alla legge, anche alle previsioni del Modello; la Fondazione non tollera comportamenti illeciti, non rilevando in alcun modo la finalità perseguita ovvero l'erroneo convincimento di agire nell'interesse o a vantaggio della Società, in quanto tali comportamenti sono comunque contrari ai principi etici e ai valori cui la Fondazione si ispira e dunque in contrasto con l'interesse della stessa;
- sensibilizzare e rendere consapevoli tutti coloro che operano in nome, per conto o comunque nell'interesse della Fondazione, che la commissione di un reato presupposto – anche solo in termini di tentativo – può dare luogo all'applicazione non soltanto di sanzioni penali nei confronti della persona fisica, ma anche di sanzioni amministrative nei confronti della Fondazione, esponendola a ricadute finanziarie, operative, d'immagine e reputazionali;
- informare tutti coloro che operano in nome, per conto o comunque nell'interesse della Fondazione, che la violazione delle prescrizioni contenute nel Modello 231 comporterà, indipendentemente dall'eventuale commissione di fatti costituenti reato, l'applicazione di sanzioni.

5.2 Destinatari del Modello

Sono destinatari del presente Modello (di seguito, anche, i “Destinatari”) e, come tali, tenuti alla sua conoscenza ed osservanza nell'ambito delle specifiche competenze:

- i componenti del Consiglio di Amministrazione (di seguito, anche, gli “Amministratori”) e, comunque, coloro che svolgono funzioni di rappresentanza, gestione, amministrazione, direzione o controllo della Fondazione o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, anche di fatto;
- i componenti del Collegio Sindacale (di seguito, anche, i “Sindaci”);
- i dipendenti ed i collaboratori con cui si intrattengono rapporti contrattuali, a qualsiasi titolo, anche occasionali e/o soltanto temporanei (di seguito, anche, “Dipendenti”, “Personale” o “Destinatari interni”).

Inoltre, tra i Destinatari del Modello e quindi obbligati al rispetto del complesso dei principi, delle prescrizioni e delle regole comportamentali cui la Fondazione riconosce valore nello svolgimento della propria attività (in particolare, del Codice Etico che costituisce parte integrante del Modello), sono annoverati anche i soggetti esterni (di seguito, anche, “Destinatari terzi”) che svolgono attività in collaborazione con la Fondazione per conto della stessa e che devono essere considerati come sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti in posizione apicale. Pertanto, nell’ambito di questa categoria rientrano, a titolo esemplificativo, i seguenti soggetti:

- i partner istituzionali e/o di scopo (società con accordi commerciali stabili, partner finanziari, ecc.);
- i fornitori di beni, servizi e lavori;
- i consulenti professionali.

5.2.1 I Soggetti Apicali

Assume rilevanza, in *primis*, la posizione dei componenti degli Organi di Amministrazione e di Controllo della Fondazione (Presidente, Amministratore Delegato / Direttore Generale, Amministratori, Direttore Scientifico e Sindaci).

Infine, nel novero dei Soggetti Apicali vanno ricompresi, alla stregua dell’art. 5 del Decreto, i Responsabili delle Strutture aziendali a diretto riporto dell’Amministratore Delegato / Direttore Generale ed i soggetti dotati di autonomia finanziaria e funzionale.

5.2.2 I Soggetti Subordinati

Nella nozione di soggetti in posizione subordinata rientrano tutti i soggetti legati alla Fondazione da un rapporto di lavoro subordinato, indipendentemente dal contratto applicato, dalla qualifica e/o dall’inquadramento riconosciuti (ad es., dirigenti non “apicali”, quadri, impiegati, lavoratori a tempo determinato, lavoratori con contratto di inserimento, ecc.). Nell’ambito di tale categoria, rientrano anche i Dipendenti cui sono assegnati, o che comunque svolgono, funzioni e/o compiti specifici in materia di salute e sicurezza sul lavoro (ad es., il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, gli Addetti al Primo Soccorso, ecc.).

5.2.3 I Destinatari terzi

Tra i Destinatari terzi rientrano, in particolare, tutti i soggetti che non rivestono una posizione “apicale” o “subordinata” nei termini specificati nei paragrafi precedenti e che sono comunque tenuti al rispetto del Modello 231 in virtù della funzione svolta in relazione alla struttura societaria e organizzativa della Fondazione, ad esempio in quanto operanti, direttamente o indirettamente per la Fondazione.

Nell’ambito di tale categoria, quindi, possono farsi rientrare i consulenti, i fornitori, gli appaltatori di opere o di servizi, i *partner* commerciali e finanziari e tutte le terze parti in genere con le quali la Fondazione intrattiene rapporti onerosi o anche a titolo gratuito di qualsiasi natura.

5.3 Aggiornamento del Modello

Gli eventi che, con lo spirito di mantenere nel tempo un Modello efficace ed effettivo, sono presi in considerazione ai fini dell’aggiornamento o adeguamento del Modello 231, sono riconducibili, a titolo meramente esemplificativo, a:

- novità legislative con riferimento alla disciplina della responsabilità degli Enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato;
- orientamenti della giurisprudenza e della dottrina prevalente;
- riscontrate carenze e/o lacune e/o significative violazioni delle previsioni del Modello 231 a seguito di verifiche sull’efficacia del medesimo;

- cambiamenti della struttura organizzativa o dei settori di attività della Fondazione;
- considerazioni derivanti dall'applicazione del Modello 231, ivi comprese le risultanze degli aggiornamenti "dell'analisi storica" (come, ad esempio, le esperienze provenienti da procedimenti penali e gli esiti dell'attività di vigilanza dell'OdV).

Il Modello una volta aggiornato è altresì sottoposto all'attenzione del Collegio di Direzione e del Presidente del Consiglio di Amministrazione (di seguito Presidente del CdA) per loro eventuali osservazioni.

Inoltre, è previsto, nelle competenze del Presidente del CdA, l'apporto di eventuali modifiche o integrazioni che non alterino la struttura del Modello, quali:

- l'inserimento di nuove aree a rischio;
- la variazione di denominazioni di funzioni istituzionali;
- la modifica o aggiornamento di procedure istituzionali e/o di altre componenti

Il Modello è approvato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione

5.4 Il percorso di costruzione e aggiornamento del Modello

Il processo di definizione e dei successivi aggiornamenti del Modello 231 è stato articolato nelle fasi di seguito descritte:

Fase 1: Individuazione delle aree a rischio

In primo luogo, è stata effettuata una ricognizione preliminare del contesto aziendale, attraverso l'analisi della documentazione organizzativa rilevante (organigramma, procure, disposizioni organizzative, ecc.) e lo svolgimento di interviste con soggetti della Fondazione informati sulla struttura e le attività della stessa, al fine di comprendere l'organizzazione e le attività eseguite dalle varie Direzioni / Unità Operative, nonché i processi nei quali le attività sono articolate e la loro concreta ed effettiva attuazione.

Sono state quindi individuate le aree a rischio nell'ambito delle quali potrebbe, astrattamente, essere commesso uno dei reati presupposto, nonché quelle che potrebbero essere strumentali alla commissione di tali illeciti, rendendo possibile o agevolando il perfezionamento del reato presupposto. Successivamente, sono stati individuati i reati potenzialmente realizzabili nell'ambito delle aree a rischio ed attività sensibili e le relative modalità esemplificative di commissione del reato.

Fase 2: Risk assessment

Individuati i potenziali rischi (modalità esemplificative di commissione dei reati), è stato analizzato il sistema dei controlli esistenti nelle aree a rischio, al fine di valutarne l'adeguatezza in merito alla prevenzione dei rischi reato.

Più nel dettaglio, la valutazione del rischio è effettuata per ciascuna area a rischio in prima istanza, nell'ipotesi di assenza dei controlli (c.d. **rischio inerente**), tenendo conto dell'impatto delle sanzioni 231 (vale a dire la tipologia di sanzioni previste dalle categorie di reato ex D.Lgs. 231/01 considerate potenzialmente applicabili alle aree a rischio) e probabilità di commissione del reato (vale a dire l'analisi dei fattori interni alla Fondazione, quali strategicità e rilevanza dell'area a rischio dalla cui analisi è possibile identificare una frequenza nonché una predittività con cui un evento a rischio possa verificarsi).

Successivamente il valore di rischio inerente può essere ridotto attraverso la rilevazione e valutazione (nell'ambito dell'attività di *risk assessment*) dell'esistenza di controlli e delle altre misure di mitigazione in essere a presidio del rischio teorico ed astratto di commissione dei reati (c.d. **rischio residuo**).

La valutazione dell'esistenza dei controlli prende in considerazione, in particolare, i seguenti elementi:

- procedure formalizzate, intese come la presenza di procedure idonee a fornire i principi di riferimento generali nonché quelli specifici di controllo per la regolamentazione dei processi aziendali;
- attribuzione formalizzata, chiara ed esaustiva di ruoli, compiti e responsabilità, intesa come l'esistenza e l'adeguatezza di regole per l'identificazione e l'assegnazione di ruoli, compiti e responsabilità all'interno della struttura aziendale, nonché l'esistenza di poteri di delega e firma, sia verso l'esterno che verso l'interno;
- segregazione delle funzioni, intesa come l'esistenza di segregazione delle attività tra chi esegue, chi controlla e chi autorizza le principali attività connesse ai processi aziendali;

In tale fase si è, pertanto, provveduto alla verifica degli attuali presidi di controllo interno esistenti (Protocolli e/o prassi adottate, verificabilità, documentabilità e tracciabilità delle operazioni e dei controlli, segregazione delle funzioni, sistema dei poteri, organizzazione, contratti di *service*, ecc.) attraverso l'analisi delle informazioni e della documentazione fornite dalle strutture aziendali.

Fase 3: Gap analysis

Il disegno dei controlli rilevato è stato quindi confrontato con le caratteristiche e gli obiettivi richiesti dal Decreto o suggeriti dalle Linee guida di Confindustria, dalla giurisprudenza disponibile in materia di responsabilità amministrativa degli Enti, dalla dottrina prevalente in materia di D.Lgs. 231/2001 e dalle migliori prassi applicative del Decreto in materia di definizione, aggiornamento e implementazione dei Modelli 231.

Il confronto tra l'insieme dei presidi di controllo esistente e quello ritenuto ottimale ha consentito alla Fondazione di individuare una serie di ambiti di integrazione e/o miglioramento del sistema dei controlli, per i quali sono state definite le azioni di miglioramento da intraprendere.

Fase 4: Definizione / aggiornamento del Modello 231

Infine, si è provveduto alla definizione / aggiornamento del Modello 231 sulla base degli esiti delle attività sopra descritte, assicurando quindi che lo stesso riflettesse l'evoluzione della struttura organizzativa della Fondazione e dei suoi processi aziendali, nonché che contemperasse tutti i reati presupposto del Decreto potenzialmente rilevanti ed applicabili alla Fondazione.

Il processo sopra descritto è di tipo ricorsivo, che viene sottoposto a rivalutazione in occasione di momenti di cambiamento aziendale (ampliamento di attività, acquisizioni, riorganizzazioni, ecc.), di modifiche all'impianto normativo di riferimento, all'emersione di significative violazioni o elusioni delle prescrizioni del Modello come meglio descritto nel precedente paragrafo.

5.5 Struttura del Modello della Fondazione

La Fondazione ha inteso predisporre un Modello che tenesse conto della propria peculiare realtà organizzativa, in coerenza con il proprio sistema di governo e in grado di valorizzare il sistema di controllo esistente ed i relativi organismi che lo monitorano.

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

- incidono sul funzionamento interno della Fondazione e sulle modalità con le quali la stessa si rapporta con l'esterno;
- regolano la diligente gestione di un sistema di controllo delle aree a rischio, finalizzato a prevenire la commissione, ovvero la tentata commissione, dei reati richiamati dal Decreto.

Il Modello della Fondazione è costituito dalla presente "Parte Generale" – la quale contiene i principi cardine dello stesso – e di una "Parti Speciali". Le Parti Speciali hanno lo scopo di definire le regole di gestione e i principi di comportamento che tutti i Destinatari del Modello della Fondazione devono seguire al fine di

prevenire, nell'ambito delle specifiche attività ivi svolte e considerate "a rischio", la commissione dei reati presupposto, nonché di assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione di tutte le attività.

Le Parti Speciali si suddividono in:

- i. **Parte speciale A:** che contiene specifiche sezioni **per ciascuna area a rischio** in cui sono rappresentate/i:
 - le categorie di reato rilevanti, i relativi reati presupposto astrattamente applicabili; le attività sensibili, ovvero quelle al cui espletamento è connesso il rischio di commissione dei reati previsti dal Decreto;
 - le strutture/funzioni della Fondazione coinvolte nelle attività sensibili;
 - i principali controlli preventivi a presidio dei rischi di commissione dei reati presupposto.
- ii. **Parte speciale B:** che contiene una specifica sezione per l'attività sensibile afferente alla **salute e sicurezza sul lavoro** in cui sono rappresentati (in linea con le previsioni dell'art. 30 del D.Lgs. 81/08):
 - i reati di cui all'art. 25-*septies* del D.Lgs. 231/2001;
 - i principi e le norme di comportamento in materia;
 - i criteri e la valutazione dei rischi;
 - la struttura organizzativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
 - la sorveglianza sanitaria;
 - l'informazione e la formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
 - documenti e certificazioni;
 - il sistema di controllo: procedure operative e ruolo dell'Organismo di Vigilanza;
 - aggiornamento e riesame.
- iii. **Parte speciale C:** che contiene una specifica sezione per l'attività sensibile afferente ai **reati ambientali** in cui sono rappresentati:
 - i reati ambientali;
 - attività svolte a tutela dell'ambiente;
 - i principi generali di comportamento e di controllo specifici nelle aree di attività a rischio;
 - le aree potenzialmente a "rischio reato" i soggetti coinvolti. i reati prospettabili e i controlli esistenti;
 - il sistema organizzativo in materia ambientale;
 - il sistema di deleghe;
 - il monitoraggio delle prescrizioni legali;
 - indicatori di prestazione ambientale e gestione delle non conformità;
 - competenza e formazione del personale;
 - gestione delle emergenze ambientali;
 - attività di prevenzione e monitoraggio dell'Organismo di Vigilanza.

Infine, il Modello 231 prevede, altresì, due Allegati:

- l'Allegato 1, denominato "Reati presupposto ex D.L.gs. 231/2001", che contiene l'elenco dei reati presupposto e le relative sanzioni per l'Ente;
- l'Allegato 2 denominato "*Flussi informativi all'Organismo di Vigilanza*".

5.6 Il Codice Etico quale parte integrante e sostanziale del Modello

Il contenuto del presente Modello si integra con i principi e le regole del Codice Etico della Fondazione.

Il Codice Etico è stato adottato dal Consiglio di Amministrazione e costituisce parte integrante del modello organizzativo ed in generale del sistema di regole di cui si è dotata la Fondazione al fine di prevenire le fattispecie di reato in relazione alle quali si applica il disposto di cui al D.Lgs. n. 231/2001. In particolare, contiene i principi di comportamento ed i valori etici fondamentali cui si ispira la Fondazione nello svolgimento della propria attività e nel perseguimento dei propri obiettivi.

La diffusione interna di tali documenti è assicurata mediante la loro pubblicazione sulla *intranet* aziendale e sul sito istituzionale della Fondazione.

6. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

6.1 Il modello di governance

La struttura di *governance* della Fondazione è articolata secondo il modello tradizionale che attribuisce la gestione strategica al Consiglio di Amministrazione, fulcro del sistema organizzativo, e le funzioni di controllo al Collegio Sindacale. Inoltre, il Consiglio di Amministrazione incarica una società di revisione per lo svolgimento del controllo contabile e per la certificazione del bilancio di esercizio.

Sulla base di quanto disciplinato dall'art. 8 dello Statuto, sono Organi della Fondazione:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- L'Amministratore Delegato / Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Direttore Scientifico.

Operano a supporto, rispettivamente, dell'Amministratore Delegato / Direttore Generale e del Direttore Scientifico il Collegio di Direzione e il Comitato Scientifico.

La Fondazione si è inoltre dotata, con delibera del Consiglio di Amministrazione, di Comitati, anche con funzioni di coordinamento, istruttorie, o consultive, le cui competenze e modalità di gestione sono stabilite dalla delibera istitutiva e da eventuali regolamenti.

6.1.1 Il Consiglio di Amministrazione

La Fondazione è governata da un Consiglio di Amministrazione, composto da sette membri. La composizione del Consiglio di Amministrazione e la costituzione dei relativi comitati viene effettuata conformemente alle previsioni di Statuto, di legge e regolamentari in materia.

Il Consiglio di Amministrazione è investito di tutti i poteri necessari per l'attuazione dell'oggetto sociale in coerenza con quanto disciplinato dallo Statuto, dalla legge e dai regolamentari in materia.

6.1.2. Il Presidente

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione è il Presidente della Fondazione, ed in quanto tale ha la rappresentanza della Fondazione di fronte ai terzi e in giudizio, ed ha la facoltà di rilasciare procure generali o speciali, nonché di nominare e revocare avvocati e procuratori per rappresentare e difendere la Fondazione avanti a qualsiasi autorità amministrativa o giurisdizionale. Il Consiglio di Amministrazione può nominare, tra i suoi membri, un Vice-Presidente che fa veci del Presidente in caso di assenza o di impedimento. In caso di mancata nomina di un Vice-Presidente, le funzioni del Presidente sono svolte, in caso di suo impedimento, dal Consigliere più anziano per permanenza in carica o, in subordine, per età.

6.1.3. L'Amministratore Delegato / Direttore Generale

L'Amministratore Delegato / Direttore Generale è nominato con delibera del Consiglio di Amministrazione, su proposta del Presidente. L'amministratore Delegato / Direttore Generale, coadiuvato dal Collegio di Direzione, è il responsabile della gestione del Policlinico e delle strutture al medesimo afferenti, sovrintende all'organizzazione e al funzionamento dell'azienda ospedaliera e di tutte le sue articolazioni e coordina tutte le attività operative e progettuali dell'azienda in funzione della realizzazione degli obiettivi aziendali stabiliti dallo Statuto e dal Consiglio di Amministrazione ed è titolare di tutti i poteri a ciò funzionali. L'Amministratore Delegato / Direttore Generale presiede il Collegio di Direzione, una struttura organizzativa composta da un minimo di sei e da un massimo di dieci membri, nominati dal Consiglio di Amministrazione, su proposta dell'Amministratore Delegato / Direttore Generale. Il Collegio di Direzione coadiuva l'Amministratore Delegato / Direttore Generale nell'assicurare l'indirizzo unitario e coerente della gestione del Policlinico.

6.1.4. Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è composto da tre Sindaci effettivi e due supplenti, tutti scelti tra i revisori contabili iscritti al registro dei revisori legali dei conti. Essi restano in carica per tre esercizi, rinnovabili, e cessa dalle funzioni con l'approvazione del Bilancio relativo all'ultimo esercizio di permanenza in carica.

Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza della legge e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e, in particolare, sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dalla Fondazione e sul suo concreto funzionamento.

6.1.5. Il Direttore Scientifico

Il Consiglio di Amministrazione, su proposta del Presidente, acquisito il parere dell'Amministratore Delegato / Direttore Generale, nomina il Direttore Scientifico. Il Direttore Scientifico deve essere in possesso di elevate capacità scientifiche e manageriali acquisite nell'esercizio di incarichi apicali presso strutture universitarie o di ricerca pubblica o private. Il Direttore Scientifico è responsabile della direzione e del coordinamento delle attività di formazione, scientifiche e di ricerca della Fondazione, nonché del reperimento e dell'utilizzo dei fondi per il raggiungimento degli obiettivi fissati. Il Direttore Scientifico presiede il Comitato Scientifico, una struttura organizzativa composta da un minimo di cinque e da un massimo di nove membri. Il Comitato Scientifico coadiuva il Direttore Scientifico nel definire le linee guida generali e gli indirizzi in materia di ricerca scientifica, nel rispetto di quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione.

6.2 Il sistema organizzativo

Al fine di formalizzare la struttura organizzativa a livello macro, la Fondazione ha messo a punto un Organigramma, nel quale sono specificate:

- le aree in cui si suddivide l'attività aziendale;
- le linee di dipendenza gerarchica;
- i responsabili che operano nelle singole aree.

Nell'ambito della struttura organizzativa della Fondazione, particolare rilevanza assumono i Comitati e le Commissioni interne, le quali sono funzionali alla messa a punto ed allo sviluppo di quei processi aziendali che richiedono la partecipazione di più funzioni e competenze. Mediante la costituzione dei Comitati e delle Commissioni, infatti, la Fondazione intende perseguire l'obiettivo di un significativo aumento della cultura del controllo in seno alla propria organizzazione, rappresentando detti Comitati/Commissioni lo strumento ritenuto maggiormente idoneo.

Nell'ottica di fornire un quadro complessivo della struttura organizzativa della Fondazione, si delineano, qui di seguito, le Commissioni e i Comitati e i loro elementi caratterizzanti attualmente costituiti in seno alla Fondazione:

:

- **Commissione Valutazione Dispositivi Medici:** preposto al monitoraggio e al controllo sull'appropriatezza di impiego e le modalità di richiesta e di acquisizione dei dispositivi medici.
- **Comitato per il Buon Uso del Sangue:** si occupa della stesura di linee guida e protocolli operativi finalizzati al buon uso del sangue, in termini di appropriatezza ed efficacia, sicurezza del paziente, risparmio della risorsa.
- **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza:** elabora strategie e aggiorna le relative linee guida in materia di prevenzione e lotta contro i rischi d'infezione in pazienti ricoverati, operatori sanitari e altri soggetti presenti nel Policlinico Universitario.
- **Comitato Farmaci:** svolge funzioni consultive per il Collegio di Direzione. Cura la predisposizione e l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e vigila sulla corretta applicazione delle politiche, delle procedure e dei protocolli aziendali che riguardano la gestione e il buon uso del farmaco.
- **Commissione rischio radiologico:** supporta la Direzione del Policlinico nell'applicazione delle norme e delle disposizioni in materia di attribuzione dei benefici contrattuali al personale esposto a rischio da radiazioni ionizzanti, in un quadro di appropriatezza, equità e trasparenza.
- **Commissione Lavori strutturali, Autorizzazione e Accreditamento:** ha il compito di monitorare costantemente e in modo coordinato l'andamento dei lavori strutturali e l'iter delle pratiche di autorizzazione e accreditamento di competenza della Fondazione PUCBM, che coinvolgono Municipio, ASL e Regione.
- **Comitato Ospedale Senza Dolore:** assicura un osservatorio specifico del dolore. Promuove l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore.
- **Centro Ospedaliero Malattie Rare:** istituito ai sensi della Determinazione della Regione Lazio G02069 del 19 febbraio 2023 "Piano della Rete Regionale delle Malattie Rare" e della Determinazione della Regione Lazio G02070 del 19 febbraio 2023 "Aggiornamento della Rete Malattie Rare".
- **Commissione Flussi Informativi Regione Lazio:** garantisce il puntuale flusso informativo relativo all'attività SSN verso la Regione Lazio anche attraverso la corretta messa a punto dei relativi sistemi informatici.
- **Commissione Flussi Economico-Finanziari Regione Lazio:** garantisce la coerenza tra il valore della produzione SSN del Policlinico e la valorizzazione dei dati di attività trasmessi alla Regione Lazio.
- **Commissione Spesa Ospedaliera:** ha il compito di garantire il puntuale controllo della spesa ospedaliera.
- **Commissione Costo dei Servizi:** ha il compito di garantire il puntuale controllo del costo dei servizi.
- **Commissione Costo del Personale:** ha il compito di garantire il puntuale controllo del Personale.
- **Comitato Ambiente:** obiettivo del Comitato è programmare e realizzare quanto previsto dal Decreto Legislativo 152/2006, con riferimento anche alla gestione dei rifiuti sanitari e non sanitari.

- **Commissione per la Formazione del Personale del comparto (CCNL ARIS AIOP):** ha il compito di pianificare e verificare l'andamento della formazione interna del personale e, con cadenza semestrale, fornire alle OO.SS. un'adeguata informativa in merito al piano formativo elaborato.
- **Commissione Controlli Esterni:** ha il compito di effettuare una valutazione tempestiva e attendibile degli importi relativi ai controlli esterni sulle cartelle cliniche effettuati dagli Organismi vigilanti.
- **Comitato Sicurezza (DLGS 81/2008):** svolge attività di controllo e monitoraggio in tema di Salute e Sicurezza ai sensi del D.Lgs 81/08.
- **Comitato Comunicazione valoriale:** ha il compito di garantire che le attività di comunicazione della Fondazione siano sempre mirate a diffondere i nostri valori identitari.
- **Comitato Formazione:** ha il compito di garantire che le attività di formazione promosse dalla Fondazione siano sempre mirate a diffondere i nostri valori identitari.

In materia di salute e sicurezza sul lavoro, la Fondazione ha adottato una specifica articolazione organizzativa che, in linea con i poteri conferiti dal Consiglio di Amministrazione e l'assetto organizzativo vigente, individua le figure operanti in tale ambito e previste dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., nonché le relative responsabilità. In particolare, il Consiglio di Amministrazione ha identificato il Datore di Lavoro ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. B), d.lgs. 81/2008, nella figura del Amministratore Delegato / Direttore Generale, all'uopo attribuendogli, senza alcun limite, l'esercizio, nel rispetto delle procedure della Fondazione, di tutti i poteri decisionali e di spesa relativi ad ogni adempimento, se ed in quanto applicabile alla fondazione, previsto dalla normativa, tempo per tempo vigente in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

A sua volta, il Datore di Lavoro ha provveduto alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (di seguito RSPP) ai sensi degli art.17, lettera b e art.32, comma 8 del D. Lgs.81/2008 e s.m.i., all'interno della quale sono riportati i compiti a cui deve assolvere l'RSPP nonché di un articolato sistema di Medici Competenti, tra cui uno Medico Competente Coordinatore ai sensi degli art. 18 e 38 del D. Lgs.81/2008.

Al contempo, il medesimo Datore di Lavoro, per garantire la puntuale osservanza della predetta normativa, sulla base dell'organigramma aziendale ha proceduto a ripartire, mediante atto notarile, i singoli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i., come riferibili alla Fondazione e tempo per tempo vigenti ai vari Direttori che ricoprono, pertanto, il ruolo di Dirigenti Delegati come da previsione dell'art. 16 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. A ciascuno, munito dei necessari requisiti di professionalità ed esperienza, sono dunque attribuiti poteri di organizzazione, gestione e controllo e autonomia di spesa, nei limiti di importo predefiniti, in quanto necessari allo svolgimento delle funzioni delegate. In particolare, per l'esercizio delle funzioni delegate vengono attribuiti ai Dirigenti Delegati:

- tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate o dalle prescrizioni eventualmente impartite dalle autorità competenti;
- autonomia di spesa entro un limite di spesa definito nelle deleghe di funzione;
- la facoltà di subdelega ai sensi dell'art. 16 comma 3-bis del D.Lgs. 81/08, previa intesa con il Datore di Lavoro.

Analogamente, anche per i temi relativi alla tutela ambientale, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha identificato le responsabilità in materia ambientale, conferendo tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo in ordine alla tutela ambientale nel rispetto delle previsioni del D.lgs. 152/2006, all'Amministratore Delegato / Direttore Generale in qualità di Responsabile Ambientale.

A sua volta il Responsabile Ambientale ha delegato, in coerenza con i ruoli e le responsabilità organizzative già ricoperte, alcune sue attribuzioni ricevute al Direttore Sanitario, per la gestione dei rifiuti prodotti dalla Fondazione e per la gestione dell'intera documentazione annessa e al Direttore Operations, per quanto attiene alle tematiche di inquinamento acustico, paesaggistica, edilizia e urbanistica.

Ulteriori dettagli sulle strutture organizzative in ambito di salute, sicurezza e ambiente sono presenti all'interno delle rispettive Parti Speciali.

Tali documenti vengono predisposti ed aggiornati in funzione dei cambiamenti intervenuti nell'organizzazione aziendale.

Inoltre, la Fondazione ha messo a punto una serie di comunicati organizzativi volti a definire o a modificare:

- l'articolazione delle diverse strutture, le nomine dei relativi Responsabili, le aree di responsabilità del personale Dirigente, nonché la comunicazione di disposizioni di carattere generale di notevole importanza (deliberazioni del Consiglio di Amministrazione);
- le aree di responsabilità della Struttura, nonché la relativa articolazione organizzativa (*job description/ mansionigramma*).

6.3 Il sistema delle deleghe e delle procure

La Fondazione ha assegnato poteri autorizzativi e di firma in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali, ha definito in modo chiaro e univoco i profili aziendali a cui sono affidate la gestione e la responsabilità delle attività a rischio reato, avendo riguardo anche al profilo dell'opponibilità delle procure a terzi. A tal fine, è stata definita una puntuale indicazione delle soglie di approvazione. In particolare, per quanto concerne l'attribuzione delle deleghe e dell'attribuzione di firma, sono formalizzate in conformità alle disposizioni di legge applicabili, sono indicati con chiarezza i soggetti delegati, le competenze richieste ai destinatari della delega e i poteri rispettivamente assegnati; sono previste limitazioni delle deleghe e dei poteri di spesa conferiti, sono previste soluzioni dirette a consentire un controllo sull'esercizio dei poteri delegati; sono disposte in coerenza con il principio di segregazione, sono coerenti con i regolamenti aziendali e con le altre disposizioni interne applicati dalla Fondazione.

Conformemente a quanto previsto dal Codice Civile ed in linea con l'assetto organizzativo, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione è l'organo preposto a conferire ed approvare formalmente le deleghe ed i poteri di firma e di rappresentanza al Presidente, all'Amministratore Delegato / Direttore Generale e al Direttore Scientifico.

Il Consiglio di Amministrazione ha conferito la rappresentanza legale della Fondazione di fronte a terzi ed in giudizio al Presidente. Di fatti, coerentemente con quanto riportato all'interno dello Statuto della Fondazione, il Presidente ha la facoltà di rilasciare procure generali o speciali, nonché di nominare e revocare avvocati e procuratori per rappresentare la Fondazione avanti a qualsiasi autorità amministrativa o giurisdizionale.

Nel caso in cui il Presidente versi in una condizione di incompatibilità (ad esempio risulti indagato o imputato in un reato presupposto) è il Consiglio di Amministrazione a provvedere alla nomina degli avvocati e dei procuratori per rappresentare la Fondazione avanti a qualsiasi autorità giurisdizionale.

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha conferito, inoltre all'Amministratore Delegato / Direttore Generale i poteri afferenti il coordinamento e la direzione dell'attività di gestione della Fondazione nonché il compimento diretto dei principali e più rilevanti atti sociali, fino ad una determinata soglia di importo. Oltre tale soglia, è prevista la preventiva approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione ed il conferimento del conseguente mandato all'Amministratore Delegato / Direttore Generale o al Dirigente competente.

Il Presidente e l'Amministratore Delegato / Direttore Generale della Fondazione possono, a loro volta, conferire e revocare, nell'ambito dei poteri riconosciuti dal Consiglio di Amministrazione ed in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite, i poteri generali e speciali ai dirigenti, quadri e impiegati ed anche a terzi.

Il livello di autonomia, il potere di rappresentanza ed i limiti di spesa assegnati ai vari titolari di deleghe e procure all'interno della Fondazione risultano individuati e fissati in coerenza con il livello gerarchico del destinatario della delega o della procura. I poteri così conferiti sono aggiornati in funzione dei cambiamenti organizzativi intervenuti nella struttura della Fondazione.

In materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro e dell'ambiente nonché su determinati e specifici argomenti, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha conferito i poteri direttamente all'Amministratore Delegato / Direttore Generale, che, a sua volta, ha effettuato conferimenti ai propri riporti, in stretta relazione con le mansioni e le attività svolte da ciascuno di essi.

6.4 Il sistema normativo interno

La Fondazione ha messo a punto un complesso di norme interne volte a specificare l'articolazione dei processi organizzativi, descrivendo le modalità di svolgimento, individuando i contenuti e le responsabilità, nonché le attività di controllo e di monitoraggio da espletare al fine di garantire la correttezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività aziendali.

A tal riguardo, la Fondazione ha emanato un documento "Sistema Normativo Aziendale" in cui ha definito i principi di riferimento e le modalità di gestione degli strumenti normativi. Il documento ha l'obiettivo di illustrare le linee di indirizzo su cui è costruito e mantenuto il Sistema Normativo della Fondazione (ivi inclusi i principi di riferimento, l'architettura, i ruoli e le responsabilità dei diversi attori coinvolti) e disciplinarne il relativo processo di gestione.

L'architettura del sistema normativo della Fondazione prevede un'articolazione di tre livelli gerarchici a ciascuno dei quali corrisponde una specifica tipologia di strumento normativo. In particolare:

- procedure organizzative, *policy* e regolamenti, che costituiscono le regole da seguire per la realizzazione dei processi aziendali interessati e che prevedono i controlli da espletare al fine di garantire la correttezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività aziendali;
- procedure operative, che definiscono le modalità di svolgimento delle relative attività di uno specifico processo o sottoprocesso, individuando compiti e responsabilità, modalità di gestione e controllo, flussi di comunicazione, e collegamenti con altre procedure aziendali;

istruzioni / manuali operativi, che definiscono in modo analitico, il dettaglio delle modalità operative per lo svolgimento di specifiche attività/fasi di processo trattate nelle procedure operative

In materia di tutela della salute e sicurezza del lavoro e in materia ambientale, la Fondazione ha adottato specifici protocolli all'interno di procedure aziendali.

L'insieme delle procedure e dei protocolli - definiti dalla Fondazione per disciplinare le modalità operative nelle aree a rischio reato e che costituiscono le regole da seguire nello svolgimento delle attività aziendali, prevedendo i controlli da espletare al fine di garantire la correttezza, l'efficacia e l'efficienza delle stesse - sono mappate nell'ambito dell'attività di *risk assessment* e sono aggiornate dalla Fondazione con la modifica degli assetti organizzativi e procedurali verificando che le nuove procedure e protocolli assicurino il necessario presidio del rischio.

6.5 Il sistema di controllo

La Fondazione si è dotata di un proprio sistema di controllo interno al fine di prevenire la commissione dei reati presupposto previsti dal Decreto 231 nelle aree di attività identificate a rischio.

In particolare, il sistema di controllo interno della Fondazione si basa, oltre che sui protocolli di controllo declinati nelle Parti Speciali, anche sui seguenti elementi:

- il Codice Etico, che – come sopra già rappresentato al paragrafo 5.5 – costituisce parte integrante del presente Modello 231;
- il sistema organizzativo;
- il sistema di deleghe e procure, coerente con la struttura organizzativa;
- il *set* di procedure predisposte dalla Fondazione a copertura delle attività del Policlinico, ivi comprese quelle ritenute rilevanti in ambito 231;
- la comunicazione al personale e la sua formazione.

La responsabilità in ordine al corretto funzionamento del sistema dei controlli interni è rimessa a ciascun Responsabile di Direzione / struttura/ Unità Operativa per tutti i processi di cui essa è responsabile.

Il sistema di controllo della Fondazione è articolato, come suggerito dalle *best practice* in materia, in tre livelli:

- 1° Livello (anche detto “controllo di linea”), ovvero quello operato direttamente dai Responsabili delle Direzioni / strutture / Unità Operative che hanno la responsabilità della gestione dei rischi e dell’attuazione dei presidi di controllo;
- 2° Livello, svolto dalle strutture della Fondazione deputate al controllo (es. Controllo di Gestione) attraverso i sistemi di gestione certificati (ad es. ISO 45001) ovvero quello svolto dai Comitati e dalle Commissioni della Fondazione preposti al monitoraggio e alla gestione dei rischi tipici;
- 3° Livello, ovvero quello svolto dalla Struttura *Internal Audit*.

Di seguito si rappresenta a livello grafico il sistema di controllo della Fondazione



Inoltre, gli attori del sistema di controllo nel caso in cui emergano criticità dallo svolgimento delle loro attività, informano tempestivamente il Management, il Collegio di Direzione nonché l’Organismo di Vigilanza per le tematiche di sua competenza.

6.6 La Struttura Internal Audit della Fondazione Campus Bio-Medico

La struttura Internal Audit (di seguito anche “IA”), aderendo agli standard della professione dell’Institute of Internal Auditors (IIA), ha come missione l’obiettivo di rafforzare e migliorare il Sistema di Controllo interno e Gestione dei Rischi della Fondazione.

A tal proposito, l’IA svolge periodicamente delle attività di audit al fine di rispondere alle seguenti esigenze:

- verificare l’operatività e l’adeguatezza del Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi (di seguito anche SCIGR), sia in via continuativa sia in relazione a specifiche necessità e fornire valutazioni e raccomandazioni al fine di promuoverne l’efficienza e l’efficacia;

- fornire supporto specialistico al Management in materia di SCIGR al fine di favorire l'efficacia, l'efficienza e l'integrazione dei controlli nei processi FUCBM e promuovere il costante miglioramento della governance e del risk management.

Uno dei compiti della Funzione, infatti, è quello di procedere all'analisi e alla valutazione dei processi e del Sistema di Controllo Interno, nonché all'analisi dei rischi connessi all'attività della Fondazione.

Nello specifico, annualmente viene eseguito un *risk assessment* al fine di identificare e valutare i principali rischi afferenti ai processi/sottoprocessi della Fondazione nonché viene definito il piano delle attività. Una volta pianificate l'insieme delle attività, la struttura IA esegue gli interventi di audit e predisporre eventuali piani di azioni nel caso in cui riscontri delle carenze.

Successivamente, la stessa struttura effettua tutte quelle necessarie attività di monitoraggio delle azioni correttive emerse in sede di esecuzione degli interventi audit e assicura periodici flussi informativi e di reporting verso il Management della Fondazione.

Il responsabile della struttura riporta gerarchicamente alla Presidente del Consiglio di Amministrazione.

7. IL SISTEMA DI CONTROLLO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E SULLA TUTELA AMBIENTALE

7.1 La gestione operativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro e in materia ambientale

La gestione delle questioni connesse alla salute ed alla sicurezza sul lavoro e all'ambiente è effettuata con l'obiettivo di provvedere in via sistematica:

- all'identificazione dei rischi ed alla loro valutazione;
- all'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione adeguate rispetto ai rischi riscontrati, affinché questi ultimi siano eliminati ovvero, ove ciò non sia possibile, siano ridotti al minimo - e, quindi, gestiti - in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- alla limitazione al minimo del numero di lavoratori esposti a rischi;
- alla definizione di adeguate misure di protezione collettiva e individuale, fermo restando che le prime devono avere priorità sulle seconde;
- al controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici;
- alla programmazione della prevenzione, mirando ad un complesso che integri in modo coerente le condizioni tecniche e produttive della Fondazione con l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, nonché alla successiva realizzazione degli interventi programmati;
- alla formazione, all'addestramento, alla comunicazione ed al coinvolgimento dei Destinatari del Modello, nei limiti dei rispettivi ruoli, funzioni e responsabilità nelle questioni connesse alla salute e sicurezza;
- alla regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine e impianti, con particolare riguardo alla manutenzione dei dispositivi di sicurezza, in conformità alle indicazioni dei fabbricanti;
- alla corretta gestione degli impianti contenenti sostanze ozono-lesive;
- alla corretta gestione di apparecchiature contenenti sostanze ad alta radioattività;
- al corretto smaltimento dei rifiuti, speciali o pericolosi che devono essere disciplinati con protocolli aziendali specifici;

- al monitoraggio della gestione e dello smaltimento rifiuti qualora tali attività siano svolte da Terzi.

Le modalità operative per il concreto svolgimento delle attività ed il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati sono definite nei protocolli aziendali, redatte in conformità alle normative vigenti, le quali assicurano l'adeguata tracciabilità dei processi e delle attività svolte.

7.2 Il sistema di monitoraggio in materia di salute e sicurezza sul lavoro e in materia ambientale

La Fondazione ha rivolto particolare attenzione all'esigenza di predisporre ed implementare, in materia di salute e sicurezza e in materia ambientale, un efficace ed efficiente sistema di controllo.

Quest'ultimo, oltre a prevedere la registrazione delle verifiche svolte dalla Fondazione, anche attraverso la redazione di appositi verbali, è incentrato su un sistema di monitoraggio della salute e sicurezza che si sviluppa su un duplice livello.

Il primo livello di monitoraggio coinvolge tutti i soggetti che operano nell'ambito della struttura organizzativa della Fondazione, essendo previsto:

- l'auto-controllo da parte dei lavoratori, i quali devono sia utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e le miscele pericolose, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza e di protezione messi a loro disposizione, sia segnalare immediatamente le deficienze di tali mezzi e dispositivi nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza;
- il coinvolgimento diretto e costante dei soggetti aziendali con specifici compiti in materia di salute e sicurezza e in materia ambientale (ad esempio, Datore di Lavoro, Responsabile Ambientale, Dirigenti, RSPP), i quali intervengono, tra l'altro, in materia di: *a)* vigilanza e monitoraggio periodici e sistematici sulla osservanza degli obblighi di legge e delle procedure e protocolli aziendali in materia di salute e sicurezza e in materia ambientale; *b)* segnalazione al Datore di Lavoro di eventuali deficienze e problematiche; *c)* individuazione e valutazione dei fattori aziendali di rischio; *d)* elaborazione delle misure preventive e protettive attuate e richiamate nel Documento di Valutazione dei Rischi, nonché dei sistemi di controllo di tali misure; *e)* proposizione dei programmi di formazione e addestramento dei lavoratori, nonché di comunicazione e coinvolgimento degli stessi.

La Fondazione, inoltre, conduce una periodica attività di monitoraggio sulla funzionalità del sistema preventivo in materia di salute e sicurezza sul lavoro e in materia ambientale.

8. ORGANISMO DI VIGILANZA

8.1 Identificazione, nomina e durata dell'Organismo di Vigilanza

In attuazione del Decreto (art. 6, comma 1, lettera b) e nel rispetto delle previsioni delle Linee guida di Confindustria, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha istituito un Organismo di Vigilanza, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, cui ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del Modello, nonché di curarne l'aggiornamento.

In considerazione della specificità dei compiti che ad esso fanno capo, l'Organismo di Vigilanza della Fondazione è plurisoggettivo e composto da tre membri, i quali durano in carica tre anni.

I componenti dell'Organismo di Vigilanza sono nominati dal Consiglio di Amministrazione. La nomina è comunicata a ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza secondo il sistema di comunicazione delle delibere del Consiglio di Amministrazione. Ciascun componente dell'OdV, a sua volta, deve accettare formalmente l'incarico.

La composizione, i compiti, le prerogative e le responsabilità dell'OdV, nonché le finalità della sua costituzione, sono comunicati a tutti i livelli aziendali con ordine di servizio.

La nomina del componente dell'Organismo di Vigilanza è condizionata all'assenza di cause di ineleggibilità / incompatibilità. In particolare, costituiscono motivi di ineleggibilità / incompatibilità:

- avere rapporti di coniugio o parentela / affinità con il vertice della Fondazione, ovvero essere legati alla stessa da interessi economici o da qualsiasi situazione che possa generare conflitto di interesse e/o pregiudicare l'autonomia;
- essere stati sottoposti a misure di prevenzione disposte ai sensi del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 («Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli artt. 1 e 2 della Legge 13 agosto 2010, n. 136»);
- essere indagati o essere condannati, anche con sentenza non ancora definitiva o emessa *ex art.* 444 ss. C.p.p., anche se con pena sospesa:
 - per uno o più illeciti tra quelli previsti dal D.Lgs. n. 231/2001;
 - per qualunque altro delitto doloso e/o colposo anche nel caso in cui la pena determini solo l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi;
 - essere interdetti, inabilitati, falliti.

Inoltre, è motivo di decadenza con effetto immediato il venir meno, nel periodo di carica, di uno dei suddetti requisiti che hanno determinato la nomina. Qualora dovesse sopraggiungere una causa di decadenza, il componente dell'Organismo di Vigilanza è tenuto a informare immediatamente il Consiglio di Amministrazione.

8.2 Revoca dell'Organismo di Vigilanza

La revoca dell'Organismo di Vigilanza o di un suo componente compete esclusivamente al Consiglio di Amministrazione, sentito il Collegio Sindacale. Il Consiglio di Amministrazione può revocare per giusta causa, in qualsiasi momento, i componenti dell'Organismo di Vigilanza. Per giusta causa di revoca deve intendersi:

- l'omessa comunicazione al Consiglio di Amministrazione di un conflitto di interessi che impedisca il mantenimento del ruolo di componente dell'Organismo stesso;
- l'attribuzione al componente dell'Organismo di Vigilanza di funzioni e responsabilità operative incompatibili con i requisiti di autonomia di iniziativa e di controllo, di indipendenza e di continuità di azione, che sono propri dell'Organismo stesso;
- un grave inadempimento dei doveri propri dell'Organismo di Vigilanza, così come definiti nel Modello;
- il venir meno all'obbligo di riservatezza;
- il sopraggiungere di uno dei motivi di ineleggibilità / incompatibilità.

Il Consiglio di Amministrazione si riserva di prevedere gli ulteriori requisiti che – in linea con la normativa, le Linee guida di Confindustria e le indicazioni di tempo in tempo vigenti sui criteri di composizione – i componenti dell'OdV devono possedere.

Ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza potrà recedere in ogni momento dall'incarico mediante preavviso di almeno 3 mesi.

8.3 Requisiti dell'Organismo di Vigilanza

Sulla base di quanto disposto dagli artt. 6 e 7 del Decreto e tenendo conto le Linee guida di Confindustria, sono garantite l'autonomia e l'indipendenza, la professionalità e la continuità di azione dell'Organismo di Vigilanza.

L'autonomia e l'indipendenza, delle quali l'OdV deve necessariamente disporre, sono assicurate dalla circostanza che l'Organismo opera in assenza di vincoli gerarchici nel contesto della *governance* della Fondazione, riportando informativa al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale, nonché interloquendo con il Presidente e l'Amministratore Delegato / Direttore Generale.

Inoltre, le attività poste in essere dall'OdV non possono essere sindacate da alcun organismo o struttura aziendale, fatto salvo il potere-dovere del Consiglio di Amministrazione di vigilare sull'adeguatezza dell'intervento posto in essere dall'OdV al fine di garantire l'efficace adozione e attuazione del Modello.

Al fine di assicurare la professionalità, nell'individuazione dei componenti dell'OdV, il Consiglio di Amministrazione tiene conto delle specifiche competenze ed esperienze professionali, sia nel campo giuridico, nel settore della prevenzione dei reati ex D. Lgs. 231/2001 e nel diritto penale, sia nell'ambito del sistema di controllo interno e gestione dei rischi. Difatti, ai componenti dell'Organismo di Vigilanza vengono richieste competenze in attività ispettiva, consulenziale, e conoscenze tecniche specifiche, idonee a garantire l'efficacia dei poteri di controllo e del potere propositivo ad essi demandati.

La continuità di azione è garantita dalla circostanza che l'OdV opera stabilmente presso la Fondazione, riunendosi regolarmente per lo svolgimento dell'incarico assegnatogli, e dal fatto che i suoi membri hanno una contezza dei processi aziendali, essendo così in grado di avere immediata conoscenza di eventuali criticità.

8.4 Compiti e poteri dell'Organismo di Vigilanza

Alla luce di quanto rappresentato, i compiti dell'Organismo di Vigilanza della Fondazione sono:

- analizzare la reale adeguatezza del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo a prevenire i reati previsti dal D.Lgs. n. 231/2001;
- vigilare sull'effettività del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, verificandone la coerenza con i comportamenti concreti e rilevando eventuali violazioni;
- verificare la permanenza nel tempo dei requisiti di effettività e adeguatezza del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo;
- curare l'aggiornamento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, allorché le analisi effettuate evidenziano l'opportunità di correzioni o di aggiornamenti in seguito a modifiche normative, mutamenti della struttura della Fondazione o delle attività svolte.

A tal fine all'Organismo di Vigilanza è attribuito il compito di svolgere le seguenti attività:

- effettuare verifiche mirate su determinate operazioni o su atti specifici, posti in essere nell'ambito delle aree di attività aziendale individuate a potenziale rischio di reato, anche con il supporto delle strutture aziendali a ciò preposte;
- raccogliere segnalazioni provenienti da qualunque dipendente in relazione a: a) eventuali criticità delle misure previste dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo nonché violazioni delle procedure aziendali; c) qualsiasi situazione che possa esporre la Fondazione a rischio di reato;
- verificare che tutti i responsabili delle strutture funzione delle aree a rischio reato assicurino la conoscenza e l'osservanza, da parte dei dipendenti che a essi riportano gerarchicamente, delle procedure o di eventuali altre disposizioni d'interesse alla struttura funzione;

- verificare l'effettivo svolgimento delle iniziative di informazione e formazione del personale in relazione alle problematiche del D.Lgs. n. 231/2001;
- Ai fini dello svolgimento degli adempimenti sopra elencati, l'Organismo è dotato dei poteri di seguito indicati: emanare disposizioni e ordini di servizio intesi a regolare le proprie attività e predisporre e aggiornare l'elenco delle informazioni che devono pervenirgli dalle direzioni/strutture aziendali;
- ricorrere a consulenti esterni affidare nei limiti del budget assegnato dal Consiglio di Amministrazione nei casi in cui ciò si renda necessario per l'espletamento delle attività di verifica e controllo;
- accedere a tutta la documentazione della Fondazione rilevante ai fini di verificare l'adeguatezza e il rispetto del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e del Codice Etico.

L'OdV, nello svolgimento delle proprie attività, può avvalersi della struttura *Internal Auditing*.

Le attività poste in essere dall'Organismo 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 intervento.

Per poter esercitare pienamente le proprie funzioni l'Organismo di Vigilanza dispone di adeguate risorse finanziarie e ha la facoltà di avvalersi dell'ausilio delle strutture della Fondazione. Inoltre, pur mantenendo la titolarità delle attività, può servirsi del supporto di consulenti esterni nel limite del *budget* assegnato dal Consiglio di Amministrazione.

L'Organismo formulerà un regolamento delle proprie attività (determinazione delle scadenze temporali dei controlli, individuazione dei criteri e delle procedure di analisi, calendarizzazione dell'attività, verbalizzazione delle riunioni etc.).

8.5 Reporting verso gli Organi Sociali

L'Organismo di Vigilanza riporta i risultati della propria attività al Presidente, all'Amministratore Delegato / Direttore Generale, al Consiglio di Amministrazione e, per conoscenza, al Collegio Sindacale. In particolare, l'Organismo di Vigilanza:

- riferisce costantemente del proprio operato al Presidente e all'Amministratore Delegato / Direttore Generale;
- riferisce semestralmente al Consiglio di Amministrazione, con relazione scritta, in merito alla propria attività di vigilanza, manutenzione e aggiornamento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo; trasmette copia di tale relazione al Collegio Sindacale;
- riferisce immediatamente al Consiglio di Amministrazione, al Presidente e all'Amministratore Delegato / Direttore Generale nell'ipotesi in cui accadano fatti che evidenziano gravi criticità del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo;
- presenta al Consiglio di Amministrazione, se del caso, e/o al Presidente e all'Amministratore Delegato / Direttore Generale proposte di modifiche e/o integrazioni del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, tenendo anche conto delle eventuali criticità rilevate per la successiva approvazione del medesimo.

8.6 Regolamento di funzionamento dell'Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza, una volta nominato, predispone un proprio regolamento interno volto a disciplinare gli aspetti e le modalità concreti dell'esercizio della propria attività.

Nell'ambito di tale regolamento sono disciplinati, tra gli altri, i seguenti profili:

- il funzionamento e l'organizzazione interna dell'OdV.
- le modalità di convocazione, verbalizzazione e svolgimento delle riunioni;
- le modalità di svolgimento delle attività in capo all'Organismo stesso;
- la gestione dei flussi informativi da e verso l'OdV e delle segnalazioni.

8.7 Flussi informativi verso l'organismo di vigilanza

L'art. 6, comma 2, lett. d), del Decreto impone la previsione nel Modello di obblighi informativi nei confronti dell'OdV deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello 231 stesso.

La previsione di flussi informativi è necessaria a garantire l'effettiva ed efficace attività di vigilanza dell'OdV e per l'eventuale accertamento "a posteriori" delle cause che hanno reso possibile il verificarsi di violazioni del Decreto e/o del Modello, nonché al fine di monitorare nel continuo l'operatività societaria.

I Flussi Informativi verso l'OdV implementati dalla Fondazione sono riportati all'interno dell'Allegato 2 "Flussi informativi all'OdV" al quale si rimanda.

Per le Area a Rischio e relative attività sensibili è stato:

- individuato l'oggetto del flusso informativo;
- indicata la presenza di indicatori quali-quantitativi (c.d. *Red Flag*) volti a monitorare potenziali situazioni di rischio e prevedere con sufficiente anticipo le possibili azioni da mettere in atto al fine di evitare l'evento a rischio;
- identificato il Responsabile del flusso informativo;
- definita la periodicità di trasmissione;
- l'attestazione / documentazione da inviare all'OdV.

Per ogni *Red Flag* è stata definita una soglia di alert i cui valori limite potrebbero indicare una situazione di potenziale rischio per la Fondazione alla cui frequenza individuata il Responsabile del Flusso informativo trasmette un'informativa all'Organismo di Vigilanza nella quale attesta una delle seguenti ipotesi:

- impossibilità di calcolare il *Red Flag* per inesistenza della fattispecie;
- non superamento della soglia limite prevista dal *Red Flag*;
- superamento della soglia limite del *Red Flag* con indicazione della corretta applicazione dei presidi di controllo;
- superamento della soglia limite del *Red Flag* con indicazione della natura della criticità, eventuale non rispetto dei presidi di controllo previsti dal Modello 231, eventuali esigenze di ulteriori controlli e relativo piano di azione indicando la responsabilità e la tempistica.

I Destinatari interni del Modello / Responsabili dei flussi informativi, riportati nell'Allegato 2, devono attestare semestralmente all'Organismo di Vigilanza:

- di aver operato conformemente alle leggi ai regolamenti vigenti nonché ai principi previsti dal Modello 231;
- di aver operato conformemente alle procedure aziendali;
- di aver svolto attività di supervisione e coordinamento sul rispetto dei dettami definiti dal Modello 231 e delle procedure interne sulle attività svolte dai propri collaboratori;

- di non aver operato in situazioni di conflitto di interessi;
- quanto sopra previsto per i *Red Flag*.

Inoltre, dovrà essere portata a conoscenza dell'Organismo di Vigilanza ogni informazione utile, attinente a criticità attuali o potenziali e alle attività ricorrenti della Fondazione che potrebbero assumere rilevanza per l'Organismo ai fini dell'espletamento dei compiti ad esso attribuiti (con obbligo di mettere a disposizione dell'OdV la relativa documentazione, ove disponibile).

I Destinatari dovranno trasmettere i flussi informativi all'Organismo di Vigilanza attraverso i seguenti canali:

- posta ordinaria indirizzo OdV: Via Álvaro del Portillo, 200 00128 Roma (c/o Segreteria dell'Organismo di Vigilanza), all'attenzione riservata dell'Organismo di Vigilanza;
- posta elettronica, all'indirizzo: OdvFondazione@policlinicocampus.it

9. SEGNALAZIONI DI CONDOTTE ILLECITE O DI VIOLAZIONI DEL MODELLO 231

Come detto, ai sensi dell'art. 6 comma 2-bis del Decreto 231, i modelli di organizzazione gestione e controllo devono altresì prevedere:

- “[...] ai sensi del decreto legislativo attuativo della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, i canali di segnalazione interna, il divieto di ritorsione e il sistema disciplinare, adottato ai sensi del comma 2, lettera e)”.

Al fine di dare concreta applicazione all'art. 6 comma 2-bis del Decreto 231, la Fondazione ha adottato una specifica procedura in materia di *whistleblowing* integrata nel sistema di controllo aziendale, che tiene altresì conto di quanto previsto dal D.Lgs n. 24 del 10 marzo 2023. Inoltre, al fine di ottemperare agli obblighi di trasparenza imposti dalla citata normativa, il processo di gestione delle segnalazioni di *whistleblowing* è oggetto di specifica informativa esposta nel sito internet e nella homepage intranet della Fondazione.

A tal proposito, la Fondazione mette a disposizione di tutti i Destinatari appositi canali per l'inoltro delle segnalazioni nel rispetto dei principi previsti dalla normativa di cui sopra, garantendo la massima riservatezza in merito all'identità del segnalante e all'oggetto della segnalazione. Nello specifico:

- piattaforma informatica *whistleblowing*: accessibile dal sito internet o dalla pagina intranet della Fondazione PUCBM, che garantisce i requisiti di crittografia e anonimato previsti dalla normativa e resa disponibile al link <https://fpucbm.integrityhub.it/>;
- posta ordinaria: attraverso dichiarazione sottoscritta ed accompagnata da copia del documento di identità del segnalante, da inoltrarsi all'indirizzo Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico all'attenzione riservata del Comitato Gestore delle Segnalazioni *whistleblowing*;
- incontro con il Comitato Gestore delle Segnalazioni *whistleblowing*.

Con l'obiettivo di garantire il più alto livello di tutela dei segnalanti, nonché l'integrità e la disponibilità dei dati, la gestione del processo di segnalazione è affidata ad un Comitato Gestore delle segnalazioni (di seguito anche “Comitato Gestore”), un organo appositamente costituito e dedicato alla gestione delle segnalazioni interne.

Per segnalazioni riguardanti fatti potenzialmente rilevanti ai sensi del Decreto 231, il Comitato Gestore opera in sinergia e coordinamento con l'Organismo di Vigilanza della Fondazione, con il quale concorda gli aspetti operativi e le verifiche da svolgere.

La Società assicura:

- la massima tutela e riservatezza per il segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge, nonché la garanzia contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione (diretta o indiretta), per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione nei confronti del segnalante stesso e di ogni altro soggetto ad esso collegato;
- il corretto adempimento dell'obbligo di informazione nei confronti del soggetto segnalante;
- la tutela dei diritti della Società o delle persone oggetto di segnalazioni diffamatorie o calunniöse o effettuate con dolo o colpa grave.

Inoltre, nel Sistema Disciplinare, sono previste sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela e riservatezza del segnalante, o di chi adotta misure di ritorsione, discriminazione o penalizzazione nei confronti del segnalante e di ogni altra persona a lui collegata in ragione della segnalazione medesima.

Nel Sistema Disciplinare è altresì prevista l'irrogazione di sanzioni disciplinari nei confronti del segnalante o denunciante, salvi i casi di non punibilità previsti dall'art. 16 del D.Lgs 24/2023, quando sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale dello stesso per i reati di diffamazione o di calunnia, ovvero la sua responsabilità civile per lo stesso titolo nei casi di dolo o colpa grave.

10. COMUNICAZIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO

10.1 La comunicazione del Modello

La Fondazione promuove la conoscenza del Modello e dei relativi aggiornamenti tra tutti i Destinatari, con grado di approfondimento diversificato a seconda della posizione e del ruolo. I Destinatari sono quindi tenuti a conoscerne il contenuto, ad osservarlo e contribuire alla sua attuazione.

Il piano di comunicazione in merito alla diffusione del Modello è condiviso con l'Organismo di Vigilanza.

10.2 Formazione del Personale

La Direzione Risorse Umane cura la corretta formazione del personale in merito all'applicazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo. Tale attività viene svolta in collaborazione con l'Organismo di Vigilanza. Le modalità di diffusione dell'informativa saranno articolate secondo il seguente schema:

- personale direttivo:
 - seminario informativo dedicato al personale di primo livello organizzativo;
 - seminario informativo dedicato al restante personale direttivo;
 - nota informativa a personale neoassunto con funzione direttiva;
 - comunicazione annuale su eventuali modifiche al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo;
 - apposita informativa sulla intranet;
- altro personale:
 - diffusione di una nota informativa interna;
 - nota informativa a personale neoassunto;

- comunicazione annuale su eventuali modifiche al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo;
- apposita informativa sulla intranet.

I programmi formativi e i contenuti delle note informative saranno condivisi con l'Organismo di Vigilanza.

10.3 Informativa ai Destinatari terzi

Nelle lettere di incarico ai soggetti esterni (lavoratori con contratto interinale, collaboratori, fornitori di beni o servizi) e nei contratti di fornitura o collaborazione (agenzia, partnership, etc.) saranno inoltre inserite specifiche clausole che facciano esplicito riferimento al rispetto delle disposizioni del Codice Etico e che prevedano, in ipotesi di violazione, la diffida al puntuale rispetto delle disposizioni predette, ovvero l'applicazione di penali o, ancora, la risoluzione del rapporto contrattuale.

Su proposta dell'Amministratore Delegato / Direttore Generale potranno essere istituiti all'interno della Fondazione dei sistemi di valutazione e selezione di collaboratori esterni che prevedano l'esclusione automatica dall'albo di quei fornitori che risultino inadempienti in merito alla corretta applicazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e del Codice Etico.

11.SISTEMA DISCIPLINARE

Ai sensi degli artt. 6 e 7 del D.Lgs. 231/2001 e ai fini dell'efficace attuazione del Modello, deve essere, tra l'altro, previsto un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure in esso indicate.

La Fondazione quindi, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia e delle norme della contrattazione collettiva nazionale applicabile, ha adottato un sistema disciplinare volto a sanzionare le violazioni, da parte dei Destinatari, dei principi e delle misure previsti nel Modello.

Sulla scorta di quanto indicato dall'art. 5 del Decreto, sono passibili di sanzione le violazioni del Decreto e/o del Modello commesse sia dai Soggetti Apicali sia dai Soggetti Subordinati. Inoltre, sono soggetti destinatari del presente sistema disciplinare anche i Destinatari terzi.

L'instaurazione del procedimento disciplinare e l'eventuale applicazione di sanzioni prescindono dalla pendenza o meno di un procedimento penale per lo stesso fatto e non tengono conto del suo esito.

11.1 Principi Generali

Un punto qualificante nella costruzione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 è costituito dalla predisposizione di un adeguato sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello medesimo, ivi comprese le procedure organizzative (protocolli), nella procedura whistleblowing nonché nel Codice Etico.

Oggetto di sanzione sono, in particolare:

- le violazioni del Modello commesse dai soggetti posti in posizione "apicale", in quanto titolari di funzioni di rappresentanza, di amministrazione e di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, ovvero titolari del potere, anche solo di fatto, di gestione o di controllo dell'ente;
- le violazioni del Modello commesse dai componenti degli organi di controllo;
- le violazioni perpetrate dai soggetti sottoposti all'altrui direzione o vigilanza o operanti in nome e/o per conto della Fondazione, ivi compresi i soggetti che operano per la di revisione, se designata;

- le violazioni delle misure poste a tutela della riservatezza dell'identità dei soggetti che segnalano illeciti nonché le segnalazioni effettuate con dolo o colpa grave che si rivelano infondate;
- l'attuazione di condotte ritorsive⁶ anche solo minacciate e/o tentate, nei confronti del dipendente/soggetto terzo che segnala un illecito che provocano o possono provocare in via diretta o indiretta, un danno ingiusto ai soggetti segnalante e/o ad altri soggetti specificatamente individuati dalla norma⁷;
- tutte le condotte di chi volutamente omette di rilevare o riportare eventuali violazioni;

Tali violazioni ledono innanzitutto il rapporto di fiducia instaurato con l'ente e costituiscono altresì una violazione degli obblighi di diligenza e fedeltà del lavoratore di cui agli artt. 2104 e 2105 c.c..

Pertanto, poiché le regole di condotta imposte dal Modello e dal Codice Etico sono assunte dalla Fondazione in piena autonomia, indipendentemente dall'illecito che eventuali condotte possano determinare, l'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'esito di un eventuale procedimento penale. I nuovi precetti saranno soggetti alle garanzie procedurali di cui alla Legge n. 300/1970 ("Statuto dei Lavoratori") ed alle specifiche disposizioni del CCNL, ove applicabili.

Il presente sistema disciplinare, oltre ad essere pubblicato nella intranet della Fondazione, è affisso presso la sede, in luogo accessibile a tutti, affinché ne sia garantita la piena conoscenza da parte dei destinatari di seguito individuati.

Il mancato rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 231/2001 e delle misure applicative definite dal Modello Organizzativo e dal Codice Etico costituisce altresì una valida motivazione per l'estinzione del rapporto contrattuale nei confronti dei collaboratori non soggetti a vincoli di subordinazione, nei confronti dei quali si farà luogo all'applicazione dei generali rimedi di diritto civile.

Il tipo e l'entità della sanzione sarà individuato in relazione:

- all'intenzionalità del comportamento o grado di negligenza, imprudenza o imperizia con riguardo anche alla prevedibilità dell'evento;
- al comportamento complessivo del soggetto autore dell'illecito disciplinare con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo, nei limiti consentiti dalla legge;
- alle mansioni del soggetto autore dell'illecito disciplinare;
- alla posizione funzionale delle persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza;
- alle altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare.

L'Organismo di Vigilanza o il Gestore delle segnalazioni di *whistleblowing* ognuno per le proprie competenze, accertate le eventuali violazioni, le comunicano al Management della Fondazione, il quale attiva le strutture

⁶ L'art. 17, co. 4, contiene (a titolo indicativo) un elenco di elementi che possono rappresentare una ritorsione: (i) il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti; (ii) la retrocessione di grado o la mancata promozione; (iii) il mutamento di funzioni, il cambiamento del luogo di lavoro, la riduzione dello stipendio, la modifica dell'orario di lavoro; (iv) la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa; (v) le note di merito negative o le referenze negative; (vi) l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria; (vii) la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo; (viii) la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole; (ix) la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione; (x) il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine.

⁷ Si fa riferimento ai seguenti soggetti: i) facilitatore, vale a dire la persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo (e la cui assistenza rimane riservata); ii) persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante, di colui che ha sporto una denuncia o di colui che ha effettuato una divulgazione pubblica e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado; iii) colleghi di lavoro della persona segnalante o della persona che ha sporto denuncia o effettuato una divulgazione pubblica, che lavorano nel medesimo contesto lavorativo della stessa o che hanno con detta persona un rapporto abituale e corrente e infine iv) enti di proprietà della persona segnalante o per i quali le stesse persone lavorano, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

competenti per l'avvio delle azioni necessarie, il cui esito dovrà essere comunicato all'Organismo di Vigilanza o al Gestore delle segnalazioni.

11.2 Provvedimenti sanzionatori nei confronti dei Soggetti Subordinati

I comportamenti tenuti dai lavoratori subordinati in violazione delle singole regole comportamentali dedotte nel Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e nel Codice Etico sono definiti illeciti disciplinari.

Le sanzioni irrogabili nei riguardi di detti lavoratori sono quelle previste dai contratti collettivi di lavoro adottati dalla Fondazione e dalla regolamentazione interna ove esistente, nel rispetto delle procedure e dei limiti previsti dall'articolo 7 della Legge 30 maggio 1970, n. 300 (Statuto dei Lavoratori).

Il Modello Organizzativo e il Codice Etico fanno riferimento alle categorie di fatti sanzionabili previste dall'apparato sanzionatorio esistente e, cioè, le norme dell'ordinamento interno e le norme disciplinari della contrattazione collettiva nazionale di lavoro.

Tali categorie descrivono i comportamenti sanzionati a seconda del rilievo che assumono le singole fattispecie considerate e le sanzioni concretamente previste per la commissione dei fatti stessi, a seconda della gravità di essi. Le sanzioni astrattamente applicabili sono:

1. richiamo verbale;
2. ammonizione scritta;
3. multa;
4. sospensione dal servizio e dalla retribuzione;
5. licenziamento con indennità sostitutiva del preavviso;
6. licenziamento senza preavviso.

In particolare, in applicazione dell'ordinamento interno, si prevede che:

1. Incorre nei provvedimenti di richiamo verbale il lavoratore che violi una delle procedure interne ed i principi previsti dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, e dal Codice Etico e che adotti, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio, un comportamento non conforme alle prescrizioni derivanti dai predetti documenti. Infatti, in tali comportamenti si deve ravvisare una non osservanza delle disposizioni portate a conoscenza dalla Fondazione con ordini di servizio o altro mezzo idoneo.
2. Incorre nei provvedimenti di ammonizione scritta il lavoratore che violi più volte le procedure interne ed i principi previsti dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e dal Codice Etico e che adotti, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio, un comportamento più volte non conforme alle prescrizioni derivanti dai predetti documenti. In tali comportamenti si deve ravvisare la ripetuta effettuazione della non osservanza delle disposizioni portate a conoscenza dalla Fondazione con ordini di servizio o altro mezzo idoneo.
3. Incorre nel provvedimento della multa il lavoratore che violando una delle procedure interne ed i principi previsti dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e dal Codice Etico o che adotti nell'espletamento di attività nelle aree a rischio un comportamento non conforme alle prescrizioni derivanti dai predetti documenti, esponga la Fondazione ad una situazione di rischio di commissione di uno dei reati per cui è applicabile il D.Lgs. n. 231/2001.
4. Incorre nel provvedimento della sospensione dal servizio e dalla retribuzione il lavoratore che, nel violare le procedure interne i principi previsti dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e dal Codice Etico o che adotti, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio, un comportamento non conforme alle prescrizioni derivanti dai predetti documenti, nonché compiendo atti contrari

all'interesse della Fondazione, arrechi danno alla stessa e la esponga a una situazione oggettiva di pericolo alla integrità dei beni della Fondazione. Infatti, in tali comportamenti si deve ravvisare la determinazione di un danno o di una situazione di pericolo per l'integrità dei beni della Fondazione o il compimento di atti contrari ai suoi interessi parimenti derivanti dalla non osservanza delle disposizioni portate a conoscenza dalla Fondazione con ordini di servizio od altro mezzo idoneo.

5. Incorre nei provvedimenti del licenziamento con indennità sostitutiva del preavviso il lavoratore che adotti, nell'espletamento delle attività nelle aree a rischio, un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e del Codice Etico e diretto in modo univoco al compimento di un reato sanzionato dal D.Lgs. n. 231/2001. Infatti, in tale comportamento si deve ravvisare la determinazione di un danno notevole o di una situazione di notevole pregiudizio.
6. Incorre nel provvedimento del licenziamento senza preavviso il lavoratore che adotti, nell'espletamento delle attività nelle aree a rischio, un comportamento in grave violazione delle prescrizioni del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e del Codice Etico tale da determinare la concreta applicazione a carico della Fondazione delle misure previste dal D.Lgs. n. 231/2001. Infatti, tale comportamento fa venire meno radicalmente la fiducia della Fondazione nei confronti del lavoratore.

Se viene accertata la violazione da parte di un dipendente della Fondazione, l'Organismo di Vigilanza o il Gestore della segnalazione informa immediatamente la Direzione Risorse Umane e/o il Management.

11.3 Provvedimenti sanzionatori nei confronti Soggetti Apicali e Dirigenti

Coloro che rivestono all'interno della Fondazione ruoli apicali hanno il dovere di orientare l'etica istituzionale e di improntare la propria attività al rispetto dei principi di legalità, trasparenza e correttezza. In caso di violazione del Modello, del Codice Etico e/o del sistema di whistleblowing da parte degli Amministratori, Presidente, Amministratore Delegato / Direttore Generale e Sindaci, l'Organismo di Vigilanza o il Gestore della segnalazione, ognuno nei casi di propria competenza, è tenuto a informarne tempestivamente l'intero Consiglio di Amministrazione e l'intero Collegio Sindacale, i quali provvederanno ad adottare ogni opportuna iniziativa consentita dalla legge, tra cui le seguenti sanzioni:

- il richiamo scritto;
- la diffida al puntuale rispetto delle previsioni del Modello;
- una sanzione pecuniaria;
- la revoca di eventuali procure.

Nelle ipotesi in cui le eventuali violazioni siano di tale gravità da compromettere il rapporto di fiducia tra il singolo soggetto e la Fondazione, il Consiglio di Amministrazione delibera la revoca dall'incarico.

In caso di violazione, da parte di dirigenti, del sistema di whistleblowing, dei principi indicati nel Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e nel Codice Etico ovvero di adozione, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni derivanti dai predetti documenti si applicano nei confronti dei responsabili le misure più idonee a tutelare la Fondazione. Se viene accertata la violazione da parte di un dirigente della Fondazione, l'Organismo di Vigilanza o il Gestore della segnalazione deve darne comunicazione, oltre che alla Direzione Risorse Umane (ove non direttamente coinvolto), all'Amministratore Delegato / Direttore Generale e al Consiglio di Amministrazione, in persona del Presidente, mediante relazione scritta.

Delle violazioni commesse devono essere informati i vertici istituzionali della Fondazione affinché assumano le decisioni necessarie.



11.4 Altre misure di tutela in caso di mancata osservazione delle prescrizioni del Modello misure nei confronti di collaboratori esterni nei confronti dei Dipendenti

I comportamenti tenuti da lavoratori autonomi (collaboratori occasionali, consulenti, etc.) che contrastino con le linee di condotta indicate dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e dal Codice Etico determinano l'applicazione delle clausole contrattualmente previste (penali e/o risoluzioni del contratto) nonché delle generali disposizioni di legge in materia di inadempimento e di giusta causa di recesso. L'Organismo di Vigilanza informerà tempestivamente il Consiglio di Amministrazione.



DEFINIZIONI E ACRONIMI

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aree a rischio reato o aree a rischio | Aree di attività considerate potenzialmente a rischio in relazione ai reati di cui al D.Lgs. 231/2001. |
| Codice Etico | Codice Etico compendia l'insieme dei valori e delle regole di condotta cui la Fondazione fa costante riferimento nell'esercizio delle proprie attività organizzative. |
| Collegio di Direzione | Struttura organizzativa interna alla Fondazione composta da un minimo di sei e da un massimo di dieci membri, nominati dal Consiglio di Amministrazione, su proposta dell'Amministratore Delegato / Direttore Generale che assicurare l'indirizzo unitario e coerente della gestione del Policlinico. |
| Decreto o D.Lgs. 231/2001 | Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231. |
| Enti Promotori | Sono definiti Enti Promotori congiuntamente l'Associazione Campus Bio-Medico e la Campus Bio-Medico S.p.A. |
| Fondatori | Sono definiti Fondatori congiuntamente l'Università Campus Bio-Medico (o anche UCBM), l'Associazione Campus Bio-Medico e la Campus Bio-Medico S.p.A. |
| Fondazione o Fondazione Policlinico UCBM | Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico. |
| Linee Guida di Confindustria | Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 emanate da Confindustria e successivi aggiornamenti. |
| Modello o Modello 231 | Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dalla Fondazione. |
| Management | Si intendono l'Amministratore Delegato / Direttore Generale, il Presidente del Consiglio di Amministrazione e il Consiglio di Amministrazione. |
| Organismo di Vigilanza o OdV | Organismo avente il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché di curarne l'aggiornamento, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo (art. 6, comma 1, lettera b del D.Lgs. 231/2001). |
| Organi Sociali | Il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, l'Amministratore Delegato / Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Collegio Sindacale della Fondazione. |
| Protocolli | Complesso delle norme organizzative, quali procedure, norme operative, manuali, modulistica e comunicati al personale. |



Reati o reati presupposto

Le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/2001 quali presupposto della responsabilità amministrativa degli enti.

Soggetti Apicali

Ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. a), del Decreto: *“persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso”*.

Soggetti Subordinati

Ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. b), del Decreto: *“persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a)”* (ovvero i Soggetti Apicali).