

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO

(ex Decreto Legislativo n. 231/2001)

PARTE GENERALE

Approvato dal Consiglio di Amministrazione il 14 gennaio 2009

(Aggiornato al 18 dicembre 2025)

INDICE

PREMESSA	4
1 INTRODUZIONE	5
1.1 IL DECRETO LEGISLATIVO N. 231/01	5
2 IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'ICCS	6
2.1 ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 6 DEL D.LGS. N. 231/01	6
2.2 FATTISPECIE DI REATO TRATTATE NEL MODELLO	7
2.3 FUNZIONE DEL MODELLO IN RAPPORTO AL CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE	7
2.4 ADOZIONE DEL MODELLO	8
2.5 DESTINATARI DEL MODELLO	9
3 L'ADEGUAMENTO DELL'ICCS ALLE PREVISIONI DEL DECRETO	9
3.1 PRIMA ADOZIONE DEL MODELLO E SUCCESSIVE MODIFICHE	9
3.2 IL PROGETTO DI AGGIORNAMENTO DEL MODELLO	11
3.3 L'ATTIVITÀ DEL GRUPPO DI LAVORO	11
4 STRUTTURA DEL MODELLO	12
5 IL MODELLO DI GOVERNANCE ED IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'ICCS	13
5.1 IL MODELLO DI CORPORATE GOVERNANCE	13
5.2 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ICCS	16
5.3 LA GOVERNANCE CLINICA	20
5.4 IL SISTEMA RETRIBUTIVO DELL'ICCS	20
6 IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE	20
6.1 PRINCIPI GENERALI.....	20
6.2 LA STRUTTURA DEL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE IN ICCS	21
6.3 DELEGHE: CRITERI DI ATTRIBUZIONE	21
6.4 PROCURE: CRITERI DI ATTRIBUZIONE	22
6.5 IDENTIFICAZIONE DEL SOGGETTO DEPUTATO ALLA NOMINA DEL DIFENSORE DELL'ENTE, NELL'IPOTESI IN CUI IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ SIA INDAGATO O IMPUTATO DEL REATO PRESUPPOSTO.....	23
7 IL CONTROLLO DI GESTIONE E I FLUSSI FINANZIARI	23
7.1 IL SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE	23
7.2 LA GESTIONE DEI FLUSSI FINANZIARI.....	24
7.3 GESTIONE DELLE PRESTAZIONI A CARICO DEL SSR	25
8 LE PROCEDURE 231	27
9 IL CODICE ETICO	28
10. IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E DELL'AMBIENTE	29
10.1. LA GESTIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	29
10.2. LA GESTIONE IN MATERIA AMBIENTALE	30
10.3. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLA SICUREZZA E DELL'AMBIENTE	30
11 COMUNICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	31
11.1 ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE.....	31

11.2	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE.....	32
12	SISTEMA DISCIPLINARE.....	33
12.1	VIOLAZIONI DA PARTE DI AMMINISTRATORI, SINDACI E REVISORE.....	35
12.2	VIOLAZIONI DA PARTE DI ALTRI SOGGETTI IN POSIZIONE “APICALE”.....	36
12.3	VIOLAZIONI DA PARTE DI PERSONALE IN RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE.....	37
12.4	VIOLAZIONI DA PARTE DEL PERSONALE DIPENDENTE (AMMINISTRATIVO E SANITARIO).....	37
12.5	VIOLAZIONI DA PARTE DI ALTRI SOGGETTI TENUTI AL RISPETTO DEL MODELLO.....	38
12.6	TABELLA DELLE INFRAZIONI 231 E CRITERI DI COMMISURAZIONE DELLE SANZIONI.....	38
12.7	INFORMAZIONE E PUBBLICITÀ.....	40
13	ORGANISMO DI VIGILANZA.....	40
13.1	NOMINA E DURATA.....	41
13.2	REQUISITI DI PROFESSIONALITÀ.....	41
13.3	REQUISITI DI ONORABILITÀ E CAUSE DI REVOCA.....	42
13.4	AUTONOMIA FINANZIARIA.....	43
13.5	AUTONOMIA FUNZIONALE.....	43
13.6	COMPITI E ATTIVITÀ.....	44
13.7	OBBLIGHI DI REPORT DELL’ORGANISMO DI VIGILANZA.....	45
13.8	COORDINAMENTO CON I PROCESS OWNER E LE ALTRE FUNZIONI AZIENDALI/ REPORTING VERSO L’ORGANISMO DI VIGILANZA.....	46
13.9	SEGNALAZIONI VERSO L’ORGANISMO DI VIGILANZA.....	48

PREMESSA

L'Istituto Clinico Città Studi S.p.A. (di seguito, in breve, ICCS o Società) formalizza e descrive, nel presente documento di sintesi, nelle parti speciali di seguito allegate e nei protocolli di gestione di specifici processi sensibili, un complesso organico di principi, regole e strumenti di controllo, funzionale alla realizzazione ed alla capillare gestione di un sistema organizzativo atto a prevenire e contrastare efficacemente il rischio di reati che, ai sensi del D.lgs. 231/2001 (di seguito, in breve, Decreto), comportino la responsabilità amministrativa della Società che abbia avuto interesse o tratto vantaggio dal crimine commesso.

L'adozione di tale sistema generale di prevenzione del rischio-crimine (delibera CdA del 14 gennaio 2009) è avvenuta in una fase temporale in cui la Società si trovava indagata per illecito amministrativo previsto dall'art. 5 del Decreto, quale ente interessato al reato di truffa ai danni del sistema sanitario nazionale (art. 640, comma 2, n. 1, cod. pen.), nell'ambito di uno specifico filone di inchieste condotte dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano, sull'intero sistema della sanità privata lombarda.

L'ICCS ha successivamente aggiornato il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (di seguito, in breve, Modello) costituito dai documenti: Parte Generale; dalle Parti Speciali e dal Codice etico-comportamentale.

Con il presente Modello, l'organo direttivo dell'ICCS, sensibile all'esigenza di diffondere e consolidare la cultura della trasparenza e dell'integrità morale, prevede un sistema strutturato ed organico di procedure ed attività di controllo, conformi all'attuale struttura organizzativa ed alle aggiornate prescrizioni del Decreto, necessarie a monitorare e prevenire il rischio che la Società sia condannata (o indagata) quale responsabile di illeciti derivanti da reati imputabili ad operatori aziendali qualificati.

1 INTRODUZIONE

1.1 Il Decreto Legislativo n. 231/01

Il Decreto Legislativo n. 231/2001 (di seguito per brevità il “Decreto”) recante la “*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica*” ha introdotto, in Italia, la responsabilità diretta in sede penale degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi:

- da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (*c.d. soggetti apicali*);
- da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati (*c.d. subordinati*).

Tale responsabilità si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto. La nuova responsabilità introdotta dal Decreto mira innanzitutto a colpire il patrimonio degli enti che abbiano tratto un vantaggio dalla commissione di alcune, individuate, fattispecie criminose. È quindi prevista, in tutti i casi, l'applicazione di una sanzione pecuniaria in misura variabile a seconda della gravità del reato e della capacità patrimoniale dell'ente. Per le ipotesi più gravi sono previste anche misure interdittive, quali la sospensione o revoca di licenze o concessioni, il divieto di contrarre con la P.A., l'interdizione dall'esercizio dell'attività, l'esclusione o revoca di finanziamenti e contributi, il divieto di pubblicizzare beni e servizi.

- 1) In sintesi, i reati che assumono rilievo, ai fini della disciplina in esame (art. 24 e ss. del Decreto), sono indicati all'*Allegato 1*.

Il D.Lgs. 231/2001 statuisce che la società non risponde dei reati presupposto sia nel caso in cui i soggetti in posizione apicale e i soggetti subordinati abbiano agito nell'esclusivo interesse proprio o di terzi, sia nel caso in cui la società dimostri di aver adottato ed efficacemente attuato “Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo” idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati (art. 6).

Lo stesso D.Lgs. 231/2001 prevede (art. 6, co. 3) che i Modelli possano essere adottati, garantendo le esigenze di cui sopra, sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative di categoria, comunicati al Ministero della Giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare entro 30 giorni, osservazioni sulla loro idoneità.

2 IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELL'ICCS

2.1 Attuazione dell'articolo 6 del D.Lgs. n. 231/01

L'attuazione di un "Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo" specificamente calibrato sul contesto operativo dell'impresa, passa attraverso la fissazione di regole di condotta puntuali e procedure di gestione "a norma" dei processi sensibili: la costruzione di un Modello Organizzativo creato "su misura" della realtà aziendale costituisce il primo presidio del sistema di controllo del rischio penale d'impresa delineato dall'art. 6 del Decreto.

Inoltre - anche in attuazione dell'art. 6, comma 3, del Decreto – l'ICCS ha tratto, nella predisposizione del presente Modello, tutte le opportune indicazioni contenute in altre fonti di primario riferimento aziendale alle prescrizioni del Decreto, quali:

- Linee Guida Confindustria per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 approvate il 7 marzo 2002 ed aggiornate a marzo 2014 e giugno 2021;
- Linee Guida AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) per l'adozione del modello organizzativo e gestionale nel settore della sanità privata, approvate nel settembre 2004 e aggiornate al settembre 2014;
- Linee Guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, emanate dalla Regione Lombardia con D.G.R. VIII/3776 del 13 dicembre 2006

“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2007”.

2.2 Fattispecie di reato trattate nel Modello

Ai fini della predisposizione del presente Modello, in base ad una valutazione del rischio di commissione dei reati richiamati dal Decreto ed astrattamente riconducibili alla tipologia di attività svolta dall’ICCS, sono state prese in considerazione prioritariamente le fattispecie di reato valutate a maggior rischio. Successivamente sono state consolidate anche quelle tipologie di reato valutate, in base al risk assessment, a medio-basso rischio.

Le fattispecie di reato saranno oggetto di puntuale trattazione nelle parti speciali del presente Modello, oltre ad essere il punto di riferimento normativo degli specifici protocolli *“diretti a programmare la formazione e l’attuazione delle decisioni dell’ente in relazione ai reati da prevenire”* ai sensi dell’art. 6, comma 2, lett. b) del Decreto.

L’ICCS si riserva di integrare il presente Modello con ulteriori sezioni relative ad altre tipologie di reati astrattamente riconducibili all’attività svolta dall’ICCS e che, per effetto di future normative, dovessero risultare, inserite o comunque ricollegate all’ambito di applicazione del Decreto.

2.3 Funzione del Modello in rapporto al Codice etico-comportamentale

Le prescrizioni del Modello sono coerenti e conformi ai principi di comportamento contenuti nel Codice etico-comportamentale (di seguito, in breve, Codice Etico) adottato dall’ICCS, pur avendo il Modello finalità specifiche di ottemperanza al Decreto.

Sotto tale profilo, infatti:

- il Codice Etico rappresenta uno strumento suscettibile di applicazione sul piano generale, predisposto allo scopo di formalizzare quei principi di “deontologia aziendale” che la Società riconosce come propri e che devono essere recepiti da tutta la popolazione aziendale;

- il Modello Organizzativo risponde, invece, a specifiche prescrizioni contenute nel Decreto, finalizzate a prevenire la commissione di particolari tipologie di reato che, commessi a vantaggio o nell'interesse dell'azienda, possono comportare la responsabilità amministrativa a carico dell'Ente.

Entrambi gli strumenti perseguono, nella loro concreta attuazione, un obiettivo comune: salvaguardare il rispetto della legalità nell'operato aziendale, anche a prescindere da possibili situazioni di responsabilità contestate ai suoi esponenti. Ogni destinatario di tali atti è consapevole che, in nessun caso, l'intenzione di agire nell'interesse o a vantaggio dell'Istituto Clinico giustifica il compimento di atti e comportamenti in contrasto con le prescrizioni del Modello e del Codice Etico, ai quali deve riconoscersi valore prioritario ed assoluto.

2.4 Adozione del Modello

Il Modello è adottato dal Consiglio di Amministrazione dell'ICCS con apposita delibera.

Considerato che il presente Modello costituisce «atto di emanazione dell'organo dirigente», ai sensi dell'art. 6 co. 1 lett. a) del Decreto, la competenza in merito alle sue eventuali successive modifiche e integrazioni spetta al Consiglio di Amministrazione della Società.

Nella predetta delibera, tutti i membri del Consiglio di Amministrazione dichiarano di impegnarsi al rispetto del presente Modello.

Allo stesso modo il Collegio sindacale della Società, presa visione del presente Modello, si impegna al rispetto del Modello medesimo.

Considerata l'importanza di dare adeguata informazione ai destinatari del Modello, è opportuno che il documento, una volta approvato, sia oggetto di puntuale informativa al personale (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, amministrativi), nonché ai fornitori, consulenti e partner dell'ICCS.

Il compito di curare, ove necessario, l'aggiornamento del Modello, proponendo al Consiglio di Amministrazione della Società le opportune modifiche, e di vigilare sul

funzionamento e sull'osservanza dello stesso spetta allo specifico Organismo di Vigilanza (di seguito, in breve, OdV).

2.5 Destinatarî del Modello

Destinatari del Modello sono i soggetti in posizione "apicale" - compresi gli organi direttivi della Società (Consiglieri di Amministrazione e Procuratori) ed il Collegio Sindacale – nonché quelli sottoposti alla direzione o vigilanza degli "apicali", ai sensi dell'art. 5 del Decreto. Nell'una e nell'altra categoria, possono rientrare:

- a) Personale (sanitario o amministrativo) formalmente inquadrato in organico sulla base di contratti di lavoro subordinato o a progetto.
- b) Liberi professionisti che possono essere formalmente inquadrati in organico e che, all'interno dell'ICCS, svolgono attività coordinata e continuativa oppure operano saltuariamente. Costoro potrebbero commettere reati "nell'interesse o a vantaggio" dell'istituzione sanitaria privata, è dunque indispensabile che il Modello sia attuato anche nei loro confronti con le stesse modalità, in quanto compatibili, riservate ai lavoratori dipendenti: a tal fine, la Società adotta, nei contratti di collaborazione libero-professionale senza vincolo di dipendenza, specifica clausola di impegno al rispetto delle prescrizioni del Modello, con apposita previsione di clausola risolutiva espressa in caso di violazioni.

Inoltre, sono da considerarsi Destinatari delle disposizioni di cui al presente Modello i consulenti, i fornitori caratteristici, gli appaltatori e ogni altro soggetto che operi in nome e per conto dell'Istituto Clinico.

3 L'ADEGUAMENTO DELL'ICCS ALLE PREVISIONI DEL DECRETO

3.1 Prima adozione del modello e successive modifiche

Come già anticipato in premessa, il processo per la definizione del presente Modello è stato avviato a seguito della vicenda giudiziaria che, nel corso del biennio 2007/2008, ha coinvolto alcuni medici ed i precedenti organi direttivi della Società nel

filone di indagine sulle truffe ai danni del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, alla Società era stato contestato l'illecito amministrativo connesso al delitto previsto dall'art. 640 Il comma n. 1 cod. pen. (truffa aggravata ai danni della P.A.), quale ente interessato all'ingiusto profitto derivante dalla percezione di indebiti rimborsi - corrisposti dalla ASL "Città di Milano" per conto della Regione Lombardia – per prestazioni sanitarie che presentavano codici di DRG¹ con valorizzazioni alterate o comunque superiori a quelle corrette.

La Società nel corso di questi anni ha compiuto un percorso di riorganizzazione che ha del tutto colmato le lacune e le carenze organizzative che hanno contribuito alla pregressa commissione di reati nel contesto aziendale ed ha creato le condizioni effettive per il rispetto costante e permanente della legalità in azienda, a tutti i livelli (dirigenziale, amministrativo, gestionale ed operativo) ed in tutte le possibili estrinsecazioni del rischio di fatti illeciti.

L'ICCS – sensibile all'esigenza di diffondere e consolidare la cultura della trasparenza e dell'integrità morale, nonché consapevole dell'importanza di adottare un sistema di controllo della liceità e della correttezza nella conduzione di ogni attività aziendale – ha svolto, inoltre, in concomitanza del rinnovo del mandato all'OdV per il triennio 2012-2014, per il triennio 2015-2017, per il triennio 2021-2023 e per il triennio 2024-2026 un progetto di aggiornamento del proprio Modello, al fine di renderlo conforme all'attuale struttura organizzativa ed alle aggiornate prescrizioni del Decreto.

L'aggiornamento risponde all'esigenza di fare delle prescrizioni introdotte nell'ordinamento italiano a mezzo del Decreto, un'opportunità di revisione critica delle norme e degli strumenti di *governance* già propri della cultura e dell'organizzazione dell'Istituto Clinico, cogliendo nel contempo l'occasione per razionalizzare l'attività svolta (inventario delle aree di attività e dei processi sensibili, analisi dei rischi potenziali, valutazione e adeguamento del sistema dei controlli già esistenti sui

¹ Acronimo anglosassone che sta per "Diagnosis Related Group" o "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi": trattasi di un sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri finalizzato al contenimento della spesa sanitaria, in base al quale lo Stato rimborsa, tramite il SSN, un certo quantitativo di risorse definite in funzione di una determinata diagnosi risultante dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

processi sensibili) e sensibilizzare le risorse impiegate rispetto al tema del controllo dei processi, rilevante per la prevenzione dei reati.

3.2 Il progetto di aggiornamento del Modello

L'ICCS ha incaricato un Gruppo di Lavoro, costituito da risorse interne e assistito da consulenti aziendali, per gli aspetti relativi al sistema dei controlli interni e *risk management*, nonché da avvocati esterni specializzati in materia per gli aspetti legali. Ciò allo scopo di svolgere le attività di mappatura ed analisi del rischio (c.d. *risk mapping* e *risk assessment*), necessarie al fine di addivenire all'adozione di un Modello idoneo a prevenire, in termini di effettività e concretezza, la possibilità, anche remota, di commissione dei reati previsti dal Decreto.

All'esito dell'analisi del rischio, realizzata con le modalità di seguito indicate, l'ICCS ha adottato il nuovo Modello, i cui tratti essenziali sono rappresentati nel presente Documento di Sintesi.

3.3 L'attività del Gruppo di Lavoro

In conformità alle Linee-Guida Confindustria e AIOP, l'analisi è partita con la inventariazione e la mappatura delle attività aziendali (cd. *risk mapping*).

Tale attività è stata svolta attraverso l'esame della documentazione aziendale, nonché l'esecuzione di numerose interviste al personale dell'ICCS. All'esito di tale lavoro, è stato messo a punto un elenco delle aree "a rischio reato", vale a dire di quei settori della Società e/o processi aziendali rispetto ai quali è stato ritenuto astrattamente ipotizzabile, il rischio potenziale di coinvolgimento della Struttura in ipotesi di responsabilità 231.

Sono state, altresì, individuate (con riguardo ai reati contro la Pubblica Amministrazione) le c.d. "aree strumentali", ossia le aree che gestiscono strumenti di tipo finanziario e/o mezzi sostitutivi che potrebbero supportare la commissione dei reati nelle aree "a rischio" reato.

Nell'ambito di ciascuna area "a rischio", sono poi state individuate le attività cd. "sensibili", ovvero quelle al cui espletamento è connesso un rischio potenziale di

commissione dei reati rilevanti per il D.Lgs. 231/2001, nonché le direzioni ed i ruoli aziendali coinvolti.

Per ognuna delle aree “a rischio”, si è quindi provveduto ad individuare quelle che, in astratto, possono essere considerate alcune delle modalità di commissione dei reati presi in considerazione.

Il Gruppo di Lavoro ha, quindi, provveduto alla rilevazione ed alla analisi dei controlli aziendali, nonché alla successiva identificazione dei punti di miglioramento, con la formulazione di appositi suggerimenti, nonché dei piani di azione per l'implementazione di principi di controllo rilevanti (c.d. *gap analysis*).

4 STRUTTURA DEL MODELLO

Terminate le fasi di analisi sopra descritte, è stato redatto il presente Documento di Sintesi del Modello che individua gli elementi costitutivi essenziali del Modello (sistema organizzativo, procedure manuali ed informatiche, sistema di deleghe e procure, flussi informativi e iniziative formative, sistema disciplinare, ecc.) in conformità al dettato ed alle finalità del Decreto.

Il presente Documento di Sintesi del Modello è costituito da una Parte Generale e da una Parte Speciale.

Nella presente Parte Generale, dopo aver effettuato una breve ma necessaria illustrazione della *ratio* e dei principi del Decreto, si è proceduto ad una ricognizione della storia aziendale prima di compendiare le componenti sotto indicate del Modello di ICCS. Le componenti strutturali di tale Modello sono infatti le seguenti:

- il sistema di *corporate governance* ed il sistema organizzativo;
- il sistema di deleghe e procure;
- il controllo di gestione e la gestione dei flussi finanziari;
- le procedure;
- il Codice Etico;
- la comunicazione e la formazione del personale sul Modello;
- il sistema disciplinare;

- i requisiti e le regole di funzionamento dell'Organismo di Vigilanza.

La Parte Speciale è, a sua volta, suddivisa in Parti Speciali suddivisi per le categorie di reato a rischio di commissione presso l'ICCS.

Nell'ambito delle Parti Speciali, sono stati indicati, seguendo l'approccio metodologico già richiamato (par. 3.3):

- le aree a potenziale "rischio reato" e le relative attività sensibili;
- le funzioni e/o i servizi e/o gli uffici aziendali che operano nell'ambito delle aree a rischio reato o delle attività sensibili;
- i reati astrattamente perpetrabili;
- le aree "strumentali" (con riguardo ai reati contro la Pubblica Amministrazione), nonché i soggetti che in esse agiscono;
- i principi di controllo rilevanti nell'ambito delle singole aree di rischio e strumentali.

5 IL MODELLO DI GOVERNANCE ED IL SISTEMA ORGANIZZATIVO DELL'ICCS

La Società considera elemento fondamentale della propria organizzazione, un adeguato ed effettivo sistema di controllo societario, quale complesso di strumenti, processi e organi necessari ed utili ad indirizzare, gestire e verificare le operazioni aziendali, in un'ottica di efficiente ed etico esercizio d'impresa.

5.1 *Il modello di corporate governance*

Il modello di governance dell'ICCS e, in generale, tutto il suo sistema organizzativo è interamente strutturato in modo da assicurare alla Società l'attuazione delle strategie ed il raggiungimento degli obiettivi oltre che la massima trasparenza, lealtà e correttezza del governo societario nell'espletamento delle proprie funzioni, interne e esterne, ai fini di garantire la massima efficienza ed efficacia operativa, la salvaguardia dell'immagine e del buon nome aziendale oltre che il rapporto di fiducia instaurato con i Pazienti e con i terzi in generale.

Alla luce della peculiarità della propria struttura organizzativa e delle attività svolte, l'ICCS ha privilegiato il c.d. sistema tradizionale, il sistema di corporate governance dell'ICCS risulta, pertanto, attualmente così articolato:

□ **Assemblea dei soci**

L'assemblea è competente a deliberare, in sede ordinaria e straordinaria, sulle materie alla stessa riservate dalla legge o dallo Statuto.

ICCS è una società per azioni con socio unico soggetta alla direzione e coordinamento della Bloom Holding S.p.A.

□ **Consiglio di Amministrazione**

Il Consiglio di Amministrazione è investito dei più ampi poteri per l'amministrazione della Società e per l'attuazione ed il raggiungimento dello scopo sociale, nei limiti di quanto consentito dalla legge e dallo Statuto. Al Consiglio di Amministrazione risulta, quindi, tra l'altro, conferito il potere di definire gli indirizzi strategici della Società, di verificare l'esistenza e l'efficienza dell'assetto organizzativo ed amministrativo della Società.

Il Consiglio di Amministrazione dell'ICCS può essere composto, a mente dello Statuto, da un numero minimo di 3, ad un numero massimo di 7 Consiglieri. Al momento dell'approvazione del presente Documento, sono 4 i consiglieri in carica, tra cui è individuato il Presidente.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione è anche Presidente della Società ed è stato designato, dall'Assemblea ordinaria.

□ **Datore di Lavoro**

Il Consiglio di Amministrazione, vista l'opportunità di attribuire ad uno dei Consiglieri deleghe specifiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha individuato e nominato un "Datore di lavoro" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2, Comma 1 Lettera b) del D.Lgs. 9 aprile 2008 n.81 affidandogli tutti gli adempimenti relativi alla sicurezza ed igiene del lavoro e alla prevenzione incendi e conferendogli i necessari poteri affinché, in nome e per conto della società compia tutti gli atti ed espleti tutte le funzioni per provvedere direttamente a quanto dal medesimo ritenuto necessario e

utile per il costante rispetto, adeguamento ed aggiornamento alla normativa sopra citata e a tutte le norme e procedure vigenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Datore di Lavoro è inoltre un amministratore al quale il Consiglio di Amministrazione ha delegato le funzioni e le responsabilità in materia ambientale.

Direttore Generale

Il Consiglio di Amministrazione ha nominato un Direttore Generale al quale spettano compiti di direzione, coordinamento e controllo delle attività tecnico produttive dell'azienda sanitaria.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è composto da 3 membri effettivi e 2 supplenti. Tutti i membri del Collegio durano in carica per 3 esercizi fiscali e sono rieleggibili.

Al Collegio Sindacale è affidato il compito di vigilanza:

- sull'osservanza della Legge, dell'Atto Costitutivo e dello Statuto;
- sul rispetto dei principi di corretta amministrazione;
- sull'adeguatezza della struttura organizzativa della Società, del sistema di controllo interno e del sistema amministrativo contabile, anche in riferimento all'affidabilità di quest'ultimo a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

Revisore contabile

Adeguandosi alle previsioni normative, l'ICCS si avvale di un revisore contabile iscritto al registro del Ministero della Giustizia, per l'espletamento delle funzioni di controllo e vigilanza contabile sancite dagli artt. 2409 *ter* e ss. cod. civ. Tale figura ha libero accesso ai dati, documenti ed informazioni necessarie ed utili all'espletamento del proprio incarico.

Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza (OdV), dotato di autonomia ed indipendenza funzionale da ogni altra posizione apicale, compreso il Consiglio di Amministrazione, è un organo monocratico costituito da un professionista esterno in possesso dei requisiti richiesti dalla norma, che si avvale del supporto della funzione Internal Audit per consentire e garantire continuità d'azione all'Organismo stesso.

Il Modello adottato dalla Società definisce i compiti e le responsabilità di tale organo in coerenza con il Decreto e la normativa regionale correlata, nonché i flussi informativi collegati a tale organo, ponendo particolare attenzione alla reportistica verso il vertice aziendale.

Data Protection Officer

Il Data Protection Officer (DPO) o Responsabile della Protezione dei Dati è un consulente tecnico e legale, con potere esecutivo. Il compito principale del DPO è l'osservazione, la valutazione e la gestione del trattamento dei dati personali allo scopo di far rispettare le normative europee e nazionali in materia di privacy.

La funzione di Internal Audit

La funzione Internal Audit, collocata in posizione di staff e di riporto diretto al Consiglio di Amministrazione, ha mandato di sorvegliare il regolare andamento dell'operatività e dei processi di governo, gestione e controllo dell'Istituto Clinico al fine di rilevare e prevenire comportamenti o situazioni anomale e rischiose, garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali, la conformità a leggi, regolamenti, contratti e disposizioni interne e la coerenza con gli indirizzi e le politiche stabiliti dagli organi di governo della Società.

La funzione Internal Audit può svolgere audit di ogni tipologia su tutti i processi e tutte le aree aziendali.

5.2 L'assetto organizzativo dell'ICCS

La struttura organizzativa della Società è funzionale ed articolata sulla base di una singola linea gerarchica al cui vertice vi è il Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione ha individuato e nominato tra i consiglieri un Datore di Lavoro ed un Direttore Generale. In particolare,

- a. il Datore di Lavoro, in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha Istituito un Servizio di Prevenzione e Protezione e nominato un responsabile interno (RSPP) dotandosi di una struttura organizzativa nell'ottica di eliminare ovvero, laddove ciò non sia possibile, ridurre e gestire i rischi per la salute e sicurezza

sui luoghi di lavoro. Per un maggior dettaglio dei soggetti incaricati nell'ambito della struttura organizzativa si rinvia alla parte speciale IV. Il Datore di Lavoro è delegato inoltre alle funzioni e responsabilità in materia ambientale.

b. il Direttore Generale, per la direzione, il coordinamento ed il controllo delle attività tecnico-produttive dell'azienda sanitaria, si avvale delle seguenti Direzioni e Funzioni:

- di staff:
 - Affari Generali e Legali;
 - Segreteria;
 - Marketing e Comunicazione (Ufficio Convezioni);
 - Privacy;
- di linea:
 - Direzione Sanitaria Aziendale che coordina la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero e la Direzione Sociosanitaria dell'unità di offerta Cure Domiciliari;
 - Direzione Patrimonio Tecnologico;
 - Direzione Amministrazione, Finanza e Controllo;
 - Direzione Risorse Umane e Formazione.

Tra le Direzioni di linea meritano particolare attenzione la Direzione Sanitaria e la Direzione Sociosanitaria, sia per la funzione che svolgono nell'organizzazione tecnico-funzionale dei servizi sanitari e sociosanitari sia per il ruolo chiave dei propri compiti e le cui responsabilità sono disciplinate dalla legge, che definisce l'organizzazione specifica per il funzionamento ed il controllo dei servizi igienico-sanitari e sociosanitari.

La Direzione Sanitaria, in particolare, è organizzata secondo uno schema dipartimentale, come previsto dalle disposizioni regionali. Ogni Dipartimento è composto da Unità Operative/ Servizi organizzate in modo funzionale allo svolgimento delle attività.

Per quanto riguarda il controllo/governo clinico, la Direzione Sanitaria ha istituito specifiche funzioni di staff:

- Audit Clinico, deputato alle verifiche sulle prestazioni di ricovero erogate dall'ente, mediante analisi di congruenza, appropriatezza e qualità documentale delle cartelle cliniche e all'esecuzione del Piano Annuale di Autocontrollo disposto dalla Regione;
- Documentazione Clinica e DRG, deputato alla verifica delle cartelle cliniche, delle SDO e dei DRG ed alla predisposizione del flusso di rendicontazione relativo alle prestazioni di ricovero erogate;
- Ufficio Qualità ed Accredimento, deputato al monitoraggio dei requisiti di accreditamento ed alla gestione del sistema qualità;
- Risk Management, deputato alla gestione del rischio clinico;
- Ufficio Flussi Informativi (in riporto funzionale alla Direzione Sanitaria) deputato alla verifica delle prestazioni ambulatoriali ed alla predisposizione del flusso di rendicontazione.
- Altre funzioni di supporto quali segreteria, ufficio relazioni con il pubblico, servizio infermieristico e tecnico e riabilitativo, farmacia, bed manager, assistente sociale.

La Direzione Sociosanitaria dell'unità di offerta cure domiciliari (u.d.o. C-DOM) è organizzata secondo uno schema semplice che prevede la presenza delle seguenti funzioni di controllo e coordinamento:

- Responsabile sanitario, che supervisiona, controlla e verifica l'unità di offerta sotto il profilo sanitario. Nel dettaglio, è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari previsti; è responsabile della sorveglianza sulla valutazione del personale (medico e non medico) e sulla documentazione sanitaria da questi redatta; vigila sugli aspetti igienico-sanitari; sulla corretta compilazione della documentazione sociosanitaria; sul rispetto della riservatezza dei dati sociosanitari; sulla corretta conservazione, somministrazione, smaltimento dei farmaci e dei materiali a scadenza; sulla gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi; è responsabile della verifica di qualità degli interventi svolti; è responsabile dell'acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo o manutenzione di tutto il materiale

sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature; è responsabile della gestione del rischio clinico; presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità; valida protocolli, procedure ed eventuali linee guida interne alla struttura, in materia sanitaria e ne verifica la corretta applicazione; è responsabile della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nonché con gli specialisti di riferimento; è referente per i rapporti con gli organi di vigilanza e gli uffici che sul territorio si occupano di protezione giuridica e di servizi sociali (uffici di protezione giuridica delle ATS, comuni, centri per l'assistenza domiciliare o altri).

- Coordinatore infermieristico/care manager, che si occupa dell'organizzazione e della pianificazione degli interventi assistenziali effettuati dalle varie figure professionali coinvolte;
- Responsabile amministrativo, che supervisiona il lavoro della segreteria e che si occupa degli aspetti di valutazione e formazione del personale, oltre che del controllo delle rendicontazioni e degli aspetti amministrativi e contabili della società.
- Responsabile qualità e accreditamento che supervisiona la corretta implementazione del sistema qualità e del processo di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, inclusa la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento.

-

Al fine di rendere immediatamente chiaro il ruolo e le responsabilità di ciascuno in ambito aziendale, l'ICCS ha messo a punto un prospetto sintetico nel quale è schematizzata l'intera propria struttura organizzativa (Organigramma) e ha definito per ciascun profilo una job description.

Nell'Organigramma sono specificate:

- le aree in cui si suddivide l'attività aziendale;
- le linee di dipendenza gerarchica delle singole funzioni aziendali.

Nelle job description sono specificati, nel dettaglio, i ruoli, i compiti e le responsabilità per ciascun profilo aziendale.

5.3 La Governance Clinica

L'ICCS persegue il miglioramento continuo della qualità dei servizi ed il raggiungimento–mantenimento di elevati standard assistenziali soprattutto per quanto riguarda la sicurezza e la qualità delle cure erogate. A tal fine ICCS partecipa a programmi di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure promosso da Regione Lombardia.

L'ICCS verifica inoltre i propri processi ed il mantenimento del livello di servizio tramite audit interni, specifici monitoraggi ed un'attenta analisi delle indicazioni di gradimento dei pazienti.

5.4 Il sistema retributivo dell'ICCS

L'ICCS ha introdotto un sistema retributivo collegato ad un sistema di valutazione più squisitamente qualitativo e comportamentale, sottolineando l'intenzione della stessa Società di premiare la capacità dei dipendenti di esprimere comportamenti e competenze organizzative improntati a quei valori che rappresentano il modello etico ed organizzativo della Società e non solo i risultati quantitativi della prestazione lavorativa.

6 IL SISTEMA DI DELEGHE E PROCURE

6.1 Principi generali

Così come richiesto dalla buona pratica aziendale e specificato anche nelle Linee Guida di Confindustria, nell'ultima versione di giugno 2021, il Consiglio di Amministrazione dell'ICCS è l'organo preposto a conferire ed approvare formalmente le deleghe ed i poteri di firma, assegnati in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite, con una puntuale indicazione delle soglie di approvazione delle spese.

Il livello di autonomia, il potere di rappresentanza ed i limiti di spesa assegnati ai vari titolari di deleghe e procure all'interno della Società risultano sempre individuati e fissati in modo coerente con il livello gerarchico del destinatario della delega o della procura nei limiti di quanto strettamente necessario all'espletamento dei compiti e delle mansioni oggetto di delega.

6.2 *La struttura del sistema di deleghe e procure in ICCS*

Il sistema di deleghe e procure attualmente in vigore in ICCS ripercorre fedelmente il quadro che emerge dall'Organigramma aziendale.

Il Consiglio di Amministrazione ha conferito formalmente al Datore di Lavoro tutti i poteri necessari affinché possa ottemperare alle obbligazioni previste dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e in materia ambientale ed al Direttore Generale i poteri afferenti all'attività di gestione della Società, nonché il compimento diretto dei principali e più rilevanti atti sociali.

Le procure generali sono depositate presso il competente ufficio registro delle imprese, le procure speciali sono formalizzate tramite atto notarile.

Le deleghe sono formalizzate e comunicate mediante lettere di incarico e firmate "per accettazione" dal destinatario.

Il sistema delle deleghe e dei poteri di firma, come sopra delineato, è pubblicizzato e costantemente applicato nonché regolarmente monitorato nel suo complesso.

6.3 *Deleghe: criteri di attribuzione*

Per "**delega**" si intende quell'atto interno di attribuzione di poteri, compiti e funzioni che specifica il contenuto gestionale delle job description e viene riversato nel modello di organizzazione aziendale. Se ineludibile rimane la responsabilità del vertice circa la scelta effettuata (*culpa in eligendo*), i criteri di attribuzione della delega di funzioni sono espressione di parametri mutuati dalla giurisprudenza e codificati, con valenza di portata generale, dal nuovo Testo Unico in materia di sicurezza del lavoro (art. 16 D.Lgs. 81/2008), secondo i quali:

a) la delega risulta da atto scritto recante data certa;

- b) il delegato possieda tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- c) la delega attribuisca al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- d) il delegato sia provvisto dell'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni delegate;
- e) la delega sia accettata dal delegato per iscritto;
- f) alla delega sia data adeguata e tempestiva pubblicità.

La delega di funzioni non esclude l'obbligo di vigilanza in capo al delegante, in ordine al corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite.

6.4 Procure: criteri di attribuzione

Per “**procura**” si intende il negozio giuridico unilaterale con cui l'azienda attribuisce dei poteri di rappresentanza nei confronti dei terzi. I principi del Decreto prevedono un sistema di procure e poteri di firma, atti a garantire una gestione del sistema aziendale efficiente e allo stesso tempo affidabile e trasparente, anche nei confronti dei terzi.

I criteri di assegnazione delle procure sono i seguenti:

- le procure generali vengono conferite soltanto ai titolari di una funzione aziendale che necessitano, per lo svolgimento dei loro incarichi, di poteri di rappresentanza dell'azienda, coerentemente con il potere gestorio attribuito al titolare attraverso la delega;
- le procure speciali descrivono i poteri di gestione conferiti, l'estensione dei poteri di rappresentanza ed i limiti del potere di firma e/o di spesa;
- le procure sono aggiornate tempestivamente in caso di eventi incompatibili con la prosecuzione del mandato (assunzione di nuove responsabilità e poteri, trasferimento ad altri incarichi operativi, dimissioni, licenziamento, revoca, ecc.).

6.5 Identificazione del soggetto deputato alla nomina del difensore dell'ente, nell'ipotesi in cui il legale rappresentante della Società sia indagato o imputato del reato presupposto

Ai sensi dell'art. 39 d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, è previsto che l'ente partecipi al procedimento penale con il proprio legale rappresentante, salvo che questi sia indagato o imputato del reato da cui dipende l'illecito amministrativo.

Come ribadito da recente giurisprudenza (cfr. Corte di Cassazione n. 13002/2024), “in tema di responsabilità da reato degli enti, il legale rappresentante indagato o imputato del reato presupposto non può provvedere, a causa della condizione di incompatibilità in cui versa, alla nomina del difensore dell'ente per il generale e assoluto divieto di rappresentanza posto dall'art. 39 d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231.”

In applicazione di tale principio, in ipotesi di conflitto di interesse del legale rappresentante indagato o imputato per il reato presupposto, la Società prevede che sia individuato il titolare della funzione Direzione Generale, quale procuratore speciale atto a nominare il difensore della società anche ai fini del conferimento di nomina e procura speciale per la costituzione dell'ente ai sensi dell'art. 39 D Lgs. N. 231/2001, o – nel caso in cui il soggetto delegato sia indagato – il titolare della funzione Direzione Amministrazione Finanza & Controllo al fine di nominare il difensore dell'ente e conferire procura speciale anche ai fini della costituzione dell'ente.

7 IL CONTROLLO DI GESTIONE E I FLUSSI FINANZIARI

7.1 Il sistema di controllo di gestione

Il sistema di controllo di gestione dell'ICCS prevede meccanismi di verifica della gestione delle risorse che mirano all'efficienza e l'economicità delle attività aziendali.

L'ICCS non possiede un sistema di contabilità analitica strutturato che sia in grado di ottenere un'associazione “puntuale” a ciascuna tipologia di ricavo delle risorse/costi rispettivamente consumate/sostenuti per realizzarlo.

L'obiettivo è quello di rilevare gli eventuali scostamenti rispetto a quanto predefinito in sede di budget, analizzarne le cause e riferire i risultati delle valutazioni agli appropriati livelli gerarchici per gli opportuni interventi di adeguamento, attraverso la relativa consuntivazione.

La rilevazione sistematica di ogni eventuale scostamento dei dati correnti rispetto alle previsioni di budget, così come la presenza di flussi formalizzati di reporting su tali fenomeni agli appropriati livelli gerarchici, assicurano la rispondenza dei comportamenti effettivi a quelli programmati (ed approvati) ad inizio di esercizio.

Il management risponde del funzionamento e del miglioramento del sistema dei controlli, del quale fissa le linee di indirizzo e ne verifica periodicamente l'adeguatezza.

7.2 *La gestione dei flussi finanziari*

La Società ha previsto meccanismi di verifica della gestione delle risorse finanziarie finalizzati alla verificabilità e tracciabilità delle movimentazioni.

L'art. 6, comma 2, lett. c) del Decreto prevede, infatti, l'obbligo di individuare specifiche modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati.

A tal fine, la Società opera in conformità ai principi di gestione delle risorse finanziarie, di seguito riportati:

- separazione e indipendenza funzionale tra coloro che assumono le decisioni di impiego delle risorse finanziarie, coloro che attuano tali decisioni e coloro ai quali sono affidati i controlli circa la corretta gestione delle risorse finanziarie impiegate;
- tutte le operazioni che comportano utilizzazione o impegno di risorse finanziarie devono avere una causale espressa e verificabile ed essere documentate e registrate, con mezzi manuali o informatici, in conformità ai principi di correttezza professionale e contabile. Il relativo processo decisionale deve essere sempre

verificabile e per nessuna ragione è consentito che i fondi della Società e la relativa movimentazione possano non essere registrati documentalmente;

- tutte le operazioni connesse alla gestione finanziaria (incassi e pagamenti) devono essere eseguite mediante l'utilizzo di conti correnti bancari intestati alla Società ed avallati dalla firma di un procuratore preventivamente depositata presso l'istituto bancario;
- la gestione delle casse ambulatoriali prevede controlli rigorosi dei flussi monetari in entrata, sulla base di riconciliazioni giornaliere tra saldo finale contabile e liquidità presente in cassa.
- periodicamente sono eseguite operazioni di verifica dei saldi e delle operazioni di cassa;
- riguardo ai pagamenti di fatture passive e gli impegni di spesa, l'Istituto Clinico adotta meccanismi di controllo, informatico e manuale, in forza dei quali:
 - la fattura viene controllata in tutti i suoi aspetti (corrispondenza, calcoli, fiscalità, ricevimento merce o servizi);
 - la fattura viene registrata in autonomia dalla contabilità e dagli uffici periferici individuati ed autorizzati. Il pagamento non ha luogo senza la preventiva autorizzazione della funzione ordinante e della funzione addetta alla verifica di completezza e accuratezza della registrazione contabile della fattura e della corretta imputazione del costo (c.d. Ufficio Filtro).

7.3 *Gestione delle prestazioni a carico del SSR*

Particolare attenzione deve essere prestata all'obbligo di corretta rendicontazione delle prestazioni erogate in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale. In particolare, la Direzione Sanitaria e le funzioni interessate sono impegnate, nell'ambito delle rispettive competenze, ad operare nel rigoroso rispetto di quanto

previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia di finanziamento delle strutture sanitarie accreditate².

Al fine di scongiurare la non rispondenza tra rendicontazione e attività effettivamente svolta dell'Istituto Clinico, è vietato, in particolare:

- a) erogare prestazioni non necessarie;
- b) eseguire ricoveri ordinari per prestazioni erogabili in regime ambulatoriale o di Day Hospital;
- c) fatturare prestazioni non effettivamente erogate;
- d) fatturare utilizzando un codice di DRG che preveda un livello di pagamento maggiore rispetto al codice di DRG corrispondente alla prestazione effettivamente erogata al paziente;
- e) fatturare prestazioni ambulatoriali o di pronto soccorso prevedendo un livello di pagamento maggiore rispetto alla prestazione effettivamente erogata al paziente;
- f) duplicare la fatturazione per una medesima prestazione (ad esempio, fatturare come autonome attività di pronto soccorso o di specialistica ambulatoriale, prestazioni già ricomprese nel costo del DRG di ricovero);
- g) non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto o in parte inesistenti, o non finanziabili.

A tale scopo, la funzione che si occupa del controllo sulla qualità della cartella clinica espleta attività di verifica sull'appropriatezza della prestazione rendicontata al SSR e ciò sia in termini di necessità clinica di erogazione sia in termini di costi della stessa, secondo specifici indicatori di sospetto (ad es. DRG anomali o non in linea con quanto stabilito dalle Linee Guida regionali e nazionali di corretta codifica di diagnosi, procedure e interventi, abuso di DRG secondari, ricoveri ripetuti per lo stesso

² Cfr, in particolare, DGR Lombardia n. VIII/4799 del 30 maggio 2007, allegato "A".

soggetto e gli altri “eventi sentinella” indicati nell’allegato A alla DGR n. VIII/4799 del 30/5/2007 e successive modificazioni).

8 LE PROCEDURE 231

Nel rispetto delle Linee Guida di Confindustria, inoltre, la Società si è dotata delle procedure organizzative a regolamentazione dei processi sensibili, che costituiscono le regole da seguire in seno ai processi aziendali interessati e che prevedono i controlli da espletare al fine di prevenire e mitigare il rischio di incorrere nella commissione dei reati previsti dal Decreto, oltre che garantire la correttezza, l’efficacia e l’efficienza delle attività aziendali.

Le procedure 231 integrano il cuore del Modello Organizzativo adottato dall’Istituto Clinico. L’istanza di prevenzione dei reati che trova nella Parte Generale del Modello la fisionomia degli istituti deputati a governarla e nelle singole Parti Speciali la descrizione dei processi sensibili e dei principi di controllo da adottare, si specifica con il ricorso a disposizioni “cautelari” che traducono in puntuali prescrizioni operative quel dovere organizzativo dei processi a rischio che grava sull’ente.

Queste cautele si risolvono nell’individuazione di modalità di condotta idonee a disinnescare o ridurre al minimo un rischio ben determinato, grazie ad un processo che coinvolge una pluralità di soggetti e di funzioni chiamati ad assumere decisioni sequenziali.

La redazione dei singoli protocolli è avvenuta sulla base di una serie di principi ispiratori comuni delle decisioni aziendali, quali l’individuazione delle posizioni titolari della funzione (dunque i soggetti coinvolti nella decisione e relativa gestione del rischio), la segregazione di ruoli tra funzioni di autorizzazione, esecuzione e controllo del processo, le modalità di documentazione e di archiviazione delle decisioni, l’obbligo di instaurare flussi informativi periodici nei confronti dell’OdV.

Ogni protocollo viene verificato nella sua conformità alle norme di legge che regolano le materie di riferimento, viene approvato dalle Direzioni interessate e formalmente comunicato al Consiglio di Amministrazione.

Inoltre, per ogni protocollo viene individuato un unico Responsabile del processo a rischio di reato quale soggetto garante della effettiva applicazione e primo referente dell'Organismo di Vigilanza.

L'osservanza e l'effettività dei protocolli è oggetto di monitoraggio costante da parte dell'Organismo di Vigilanza e della funzione Internal Audit che, di concerto tra loro, propongono, all'organo direttivo dell'ICCS, aggiornamenti e modifiche organizzative e procedurali finalizzate ad assicurare adeguato presidio dei rischi per eventuali non conformità dei comportamenti e delle prassi rilevate nella fase di audit.

9 IL CODICE ETICO

In aggiunta ai protocolli di gestione del rischio-reato nell'ambito dei processi sensibili, la Società si è dotata di un Codice etico-comportamentale contenente i principi generali e le norme comportamentali cui deve attenersi la popolazione aziendale complessivamente intesa (soggetti apicali e sottoposti) e tutti i soggetti che intrattengono rapporti con la Società, nello svolgimento delle attività di rispettiva competenza.

Nella formulazione del Codice, si è tenuto conto dei profili di connessione con la normativa di cui al D.Lgs. 231/01 evidenziati anche nelle già richiamate Linee-Guida di Confindustria, AIOP e nelle "Linee-guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere emanate dalla Regione Lombardia"³.

La finalità principe del Codice è quella di ottenere, attraverso il suo rispetto sia da parte della Società nel suo complesso, che dei suoi interlocutori, la massima trasparenza nelle operazioni e nelle relazioni necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali dell'ICCS, contribuendo così ad elevare ulteriormente lo standard qualitativo delle prestazioni offerte all'utenza, nonché assicurare la legalità e l'efficienza del proprio operato.

³ D.G.R. VIII/3776 del 13 dicembre 2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007" (cfr. par. 2.1).

L'osservanza dei principi del Codice Etico è richiesta in relazione alla prevenzione dei reati richiamati dal Decreto ed astrattamente riconducibili alla tipologia di attività svolta dall'ICCS.

Il compito di vigilare sulla corretta e costante applicazione aziendale del Codice Etico viene affidato all'Organismo di Vigilanza, con riferimento alla Società nel suo complesso.

La Società ribadisce il carattere di cogenza e precettività del Codice Etico e la possibilità di comminare sanzioni disciplinari commisurate alla gravità delle eventuali infrazioni accertate.

10. II SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E DELL'AMBIENTE

10.1. La gestione in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro

La gestione delle questioni connesse alla salute ed alla sicurezza sul lavoro è responsabilità del Datore di Lavoro ed 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;
- all'individuazione dei dirigenti e dei preposti alla sicurezza e alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- 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 dell'azienda 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 adeguato dei destinatari del Modello, nei limiti dei rispettivi ruoli, funzioni e responsabilità, nelle questioni connesse alla SSL;
- alla regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine e impianti, con particolare riguardo alla manutenzione dei dispositivi di sicurezza in conformità alle indicazioni dei fabbricanti.

Le modalità operative per il concreto svolgimento delle attività ed il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati sono definite nelle procedure aziendali, redatte in conformità alla normativa prevenzionistica vigente, le quali assicurano l'adeguata tracciabilità dei processi e delle attività svolte.

10.2. La gestione in materia ambientale

La Direzione Generale mette a disposizione le risorse necessarie per attuare e controllare il sistema di gestione ambientale, in termini di risorse umane, di competenze specialistiche, di tecnologie e risorse finanziarie.

La Società inoltre ha individuato una funzione di riferimento con il compito di organizzare e coordinare le funzioni aziendali in materia di tutela dell'ambiente, nonché gestire i rifiuti prodotti dall'attività sociale o ad essa comunque pertinenti.

Per un maggior dettaglio in merito all'organizzazione in materia ambientale si rinvia alla Parte Speciale V.

10.3. Il sistema di monitoraggio della sicurezza e dell'ambiente

La Società ha rivolto particolare attenzione alla esigenza di predisporre ed implementare, in materia di SSL ed in materia ambientale, un efficace ed efficiente sistema di controllo.

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

Il primo livello di monitoraggio coinvolge tutti i soggetti che operano nell'ambito della struttura organizzativa della Società.

Il secondo livello di monitoraggio, richiamato espressamente dalle Linee Guida, è svolto dall'Organismo di Vigilanza, al quale è assegnato il compito di verificare la funzionalità del complessivo sistema preventivo adottato dalla Società a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e dell'ambiente.

Al fine di consentire all'Organismo di Vigilanza di svolgere efficacemente il monitoraggio di secondo livello, è previsto l'obbligo di inviare all'OdV copia della reportistica periodica in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e segnatamente il verbale della riunione periodica di cui all'art. 35 D.Lgs. n. 81/2008, nonché tutti i dati relativi agli infortuni sul lavoro occorsi nei siti della Società, oltre che tutte le informazioni relative alle attività di monitoraggio svolte in materia ambientale.

11 COMUNICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

11.1 Attività di comunicazione

La Società promuove la più ampia divulgazione, all'interno e all'esterno della struttura, dei principi e delle previsioni contenuti nel Modello e nei Protocolli ad esso connessi.

Il Modello è comunicato formalmente a tutti i soggetti apicali (inclusi gli amministratori, i sindaci ed il revisore contabile) ed al personale (sanitario, amministrativo ed ai liberi professionisti) della Società mediante consegna di copia integrale, anche su supporto informatico o in via telematica, nonché mediante pubblicazione sulla rete intranet aziendale ed affissione in luogo accessibile a tutti.

Per i consulenti, i fornitori, gli appaltatori e ogni altro soggetto che operi in nome e per conto dell'Istituto Clinico, tenuti al rispetto del Modello, lo stesso è reso disponibile sul sito internet della Società.

Sotto tale ultimo aspetto, al fine di formalizzare l'impegno al rispetto dei principi del Modello nonché delle procedure 231 ad esso connessi da parte di terzi destinatari, è previsto l'inserimento nel contratto di riferimento di una apposita clausola risolutiva.

La Società promuove, inoltre, nella propria attività di comunicazione interna, la comunicazione ed il coinvolgimento adeguato dei destinatari del Modello, nei limiti dei rispettivi ruoli, funzioni e responsabilità, nelle questioni connesse alla SSL, con particolare riguardo ai seguenti profili:

- i rischi per la sicurezza e la salute connessi all'attività aziendale;
- le misure e le attività di prevenzione e protezione adottate;
- i rischi specifici cui ciascun lavoratore è esposto in relazione all'attività svolta;
- i pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi;
- le procedure che riguardano il pronto soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei lavoratori;
- la nomina dei soggetti cui sono affidati specifici compiti in materia di SSL.

Per tale ragione, viene garantita la divulgazione infrazionale del presente Documento e del Codice Etico, con un diverso grado di approfondimento, in relazione al livello di coinvolgimento delle risorse umane nelle aree sensibili e strumentali alla potenziale commissione dei reati rilevanti per il Decreto.

11.2 Attività di formazione

L'attività di formazione, finalizzata a diffondere la conoscenza della normativa di cui al Decreto Legislativo 231/01, è differenziata nei contenuti e nelle modalità di erogazione in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dei poteri e mansioni loro conferiti.

In particolare, è previsto che i principi del Modello, ed in particolare quelli del Codice Etico che ne è parte, siano illustrati alle risorse aziendali attraverso apposite attività formative (ad es., corsi, seminari, questionari, ecc.), a cui è posto obbligo di partecipazione e le cui modalità di esecuzione sono pianificate e comunicate dalla

Direzione Risorse Umane e Formazione mediante la predisposizione del Piano di Formazione.

La Società promuove, inoltre, la formazione e l'addestramento dei destinatari del Modello, nei limiti dei rispettivi ruoli, funzioni e responsabilità, nelle questioni connesse alla SSL, al fine di assicurare un'adeguata consapevolezza circa l'importanza sia della conformità delle azioni rispetto al Modello, sia delle possibili conseguenze connesse a violazioni dello stesso; in quest'ottica, particolare rilevanza è riconosciuta alla formazione ed all'addestramento dei soggetti che svolgono compiti in materia di SSL.

A tali fini, è definito, documentato, implementato, monitorato ed aggiornato, da parte della Società, un programma di formazione ed addestramento periodici dei Destinatari del Modello - con particolare riguardo ai lavoratori neo-assunti, per i quali è necessaria una particolare qualificazione - in materia di SSL, anche con riferimento alla sicurezza aziendale e ai differenti profili di rischio (ad esempio, squadra antincendio, pronto soccorso, preposti alla sicurezza, ecc.). In particolare, si prevede che la formazione e l'addestramento sono differenziati in base al posto di lavoro e alle mansioni affidate ai lavoratori, nonché erogati anche in occasione dell'assunzione, del trasferimento o del cambiamento di mansioni o dell'introduzione di nuove attrezzature di lavoro, di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi.

Il piano di formazione, in linea generale, prevede l'utilizzo di diverse modalità di erogazione, funzionali alla posizione - "apicale" o "subordinata" - dei destinatari e, soprattutto, del grado di rischio penale ipotizzato nell'area in cui operano (seminari mirati, prodotti e-learning, formazione in aula su specifici protocolli di prevenzione del rischio, ecc.).

12 SISTEMA DISCIPLINARE

L'ICCS ha adottato un Sistema Disciplinare, idoneo a sanzionare i comportamenti realizzati in violazione delle prescrizioni del Modello e del Codice Etico.

Considerata la normativa whistleblowing il Sistema Disciplinare si applica anche nei confronti dei responsabili delle violazioni per le quali l'ANAC applica sanzioni amministrative pecuniarie.

Il presente Sistema Disciplinare intende pertanto operare nel rispetto delle norme vigenti, ivi incluse, laddove applicabili, quelle previste nella contrattazione collettiva, ed ha natura eminentemente interna all'azienda, non potendo ritenersi sostitutivo, bensì aggiuntivo rispetto alle norme di legge o di regolamento vigenti, nonché integrativo delle altre norme di carattere intra-aziendale, ivi incluse quelle di natura disciplinare.

Conseguentemente, ogni atto contrario alle disposizioni del Modello costituirà oggetto di intervento ai sensi del presente sistema, fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 7 Legge n. 300/70 (c.d. Statuto dei Lavoratori).

L'erogazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'esito della conclusione del procedimento penale eventualmente avviato dall'Autorità Giudiziaria allorché il comportamento da censurare integri una fattispecie di reato rilevante ai sensi del D.Lgs. 231/01, in quanto le regole di condotta imposte dal Modello sono assunte dall'Istituto Clinico in piena autonomia ed a prescindere dalle conseguenze che eventuali comportamenti difformi possano comportare. Le medesime sanzioni disciplinari sono applicate in relazione a comportamenti difformi dalle prescrizioni del presente Modello, anche se nessun procedimento ne sia derivato, ai sensi del Decreto, a carico dell'Istituto Clinico.

Oggetto di sanzione sono, in particolare, sia le violazioni del Modello commesse dai soggetti posti in posizione "apicale", in quanto titolari di funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione della Società 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 della Società; sia le violazioni perpetrate dai soggetti sottoposti all'altrui direzione o vigilanza o operanti in nome e/o per conto dell'Istituto Clinico.

Per quanto concerne l'accertamento delle infrazioni, i procedimenti disciplinari e l'applicazione delle sanzioni, i poteri già conferiti, nell'ambito delle rispettive competenze, ai singoli Organi/Direzioni aziendali restano immutati.

In particolare, sono in tal senso abilitati:

- il CdA, per le infrazioni al Modello commesse dai singoli Amministratori, dai Revisori o dal Direttore Generale o dal Direttore Sanitario, ferme restando le competenze dell'assemblea degli azionisti in merito alle specifiche azioni di responsabilità relativamente ad amministratori e sindaci;
- il Collegio Sindacale per le infrazioni al Modello commesse da un Sindaco, dalla maggioranza degli Amministratori o dal CdA nel suo complesso;
- il Direttore Risorse Umane per le infrazioni al Modello commesse dal personale amministrativo e sanitario;
- Il Direttore Amministrazione Finanza & Controllo per le infrazioni al Modello commesse da fornitori e appaltatori.

Per quanto riguarda le violazioni accertate dall'Organismo di Vigilanza, esso provvederà a segnalarle al Consiglio di Amministrazione, proponendo l'adozione di adeguati provvedimenti sanzionatori.

12.1 Violazioni da parte di Amministratori, Sindaci e Revisore

Le norme ed i principi contenuti nel Codice Etico nel Modello e nei protocolli ad esso connessi, devono essere rispettati, in primo luogo, dai soggetti che rivestono, in seno alla compagine societaria dell'ICCS, una posizione di vertice "apicale".

A norma dell'art. 5, I comma, lett. a) del Decreto, rientrano in questa categoria le 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 i soggetti che "*esercitano, anche di fatto, la gestione o il controllo*" della Società.

In tale contesto, assume rilevanza, *in primis*, la posizione dei componenti degli organi di amministrazione e controllo dell'Istituto Clinico (di seguito, anche 'Amministratori', 'Sindaci' e 'Revisore').

L'Istituto Clinico ha optato per l'adozione di un sistema tradizionale, con conseguente nomina di un Consiglio di Amministrazione e di un Collegio Sindacale. Pertanto, la Società adotta l'azione e/o il provvedimento ritenuto più adeguato, fino alla revoca dell'incarico nei casi più gravi - e salva eventuale ratifica da parte dell'Assemblea - in relazione a possibili violazioni delle norme del Modello da parte dei membri di tali organi, indicate a titolo esemplificativo, nella tabella che segue (§ 12. 6).

In aggiunta agli Amministratori ed ai Sindaci, assume rilevanza la posizione dei soggetti che operano per la società incaricata della revisione cui l'Istituto Clinico ha conferito l'incarico di curare il controllo contabile. Pur costituendo soggetto esterno alla Società, il Revisore è equiparato, ai fini di quanto previsto nel Sistema Disciplinare, agli Amministratori ed ai Sindaci, anche in considerazione dell'attività svolta per l'ICCS. Anche in tal caso, viene adottata l'azione e/o il provvedimento ritenuto più adeguato, fino alla revoca dell'incarico nei casi più gravi, in relazione ad eventuali violazioni delle previsioni del Modello da parte dei membri di tali organi, indicate a titolo esemplificativo, nella tabella che segue (§ 12. 6).

Le violazioni del presente Modello commesse con dolo dagli Amministratori, Sindaci o Revisore, determinano in ogni caso la decadenza dalla carica e da qualsiasi diritto di natura economica.

12.2 Violazioni da parte di altri soggetti in posizione "apicale"

Nel novero dei soggetti in cd. "posizione apicale", oltre agli Amministratori, ai Sindaci ed al Revisore, vanno, inoltre, ricompresi, alla stregua dell'art. 5 del Decreto, il Direttore Generale e le direzioni aziendali che ad esso direttamente riportano gerarchicamente e funzionalmente e tutti i responsabili delle Unità Operative.

Tali soggetti possono essere legati alla Società sia da un rapporto di lavoro subordinato sia da altri rapporti di natura privatistica.

Per tali soggetti, le inosservanze al Codice Etico, al presente Modello ed ai connessi protocolli, costituisce lesione del rapporto di fiducia instaurato con la Società, nonché violazione degli obblighi di diligenza e fedeltà del lavoratore di cui agli artt. 2104 e 2105 cod. civ., determinando l'esercizio da parte dell'Istituto Clinico dell'azione e/o del

provvedimento ritenuto più adeguato, fino alla risoluzione del rapporto a norma di legge e/o di CCNL di categoria, nei casi più gravi. Il criterio di proporzionalità tra violazione e sanzione è indicato, a titolo esemplificativo, nella tabella che segue (§ 12.6).

12.3 Violazioni da parte di personale in rapporto libero-professionale

La violazione del Codice Etico, del presente Modello e dei connessi protocolli da parte di personale non dipendente della Società, in caso di comportamenti tali da determinare il rischio di commissione di un reato sanzionato dal D.Lgs. 231/01, potrà comportare la risoluzione del rapporto previsto dalle specifiche clausole inserite nei contratti individuali.

Resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni concreti alla società, come nel caso di applicazione da parte del Giudice delle misure previste dal D.Lgs. 231/01.

12.4 Violazioni da parte del personale dipendente (amministrativo e sanitario)

Le inosservanze al Codice Etico, al presente Modello ed ai connessi protocolli, da parte di personale dipendente della Società, determineranno l'esercizio da parte dell'Istituto Clinico dell'azione e/o del provvedimento ritenuto più adeguato, fino alla risoluzione del rapporto a norma di legge e/o di CCNL di categoria (AIOP), nei casi più gravi.

I provvedimenti disciplinari debbono essere adottati in conformità all'art.7 della Legge n. 300 del 20 maggio 1970, e nel pieno rispetto delle procedure ivi stabilite (necessità della contestazione per iscritto, obbligo di assegnare al lavoratore un termine di almeno cinque giorni per presentare le proprie deduzioni, facoltà del lavoratore di essere ascoltato di persona e/o di essere assistito dal rappresentante delle OO.SS. cui conferisce mandato), nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro, dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, contestualità ed immodificabilità della contestazione disciplinare.

12.5 *Violazioni da parte di altri soggetti tenuti al rispetto del Modello*

Il presente Sistema disciplinare si applica, previo inserimento di apposite clausole nei relativi contratti, a tutti i soggetti – diversi da quelli indicati nel precedente § 12.3 - che sono comunque tenuti al rispetto del Codice Etico, del Modello e dei connessi protocolli in virtù della funzione svolta per conto dell'ICCS, indipendentemente dalla tipologia contrattuale applicata.

Resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni concreti alla società, come nel caso di applicazione da parte del Giudice delle misure previste dal D.Lgs. 231/01.

12.6 *Tabella delle infrazioni 231 e criteri di commisurazione delle sanzioni*

L'Istituto Clinico ha individuato qui di seguito alcune tipologie di infrazioni al sistema 231 ed al sistema di segnalazione alle quali sono associate sanzioni, mutate dai CCNL applicati in azienda (CCNL Dirigenti industria e CCNL personale dipendente delle strutture sanitarie associate all'AIOP), applicabili, con le dovute peculiarità e graduazioni, nei confronti di tutti i destinatari del presente Modello.

Qualora sia accertata la commissione di una delle violazioni da parte di un dipendente, saranno applicate le seguenti sanzioni, fatte salve eventuali diverse previsioni nell'ambito della contrattazione collettiva applicabile:

- richiamo verbale;
- richiamo scritto;
- multa, non superiore all'importo di quattro ore della retribuzione;
- sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore ai dieci giorni;
- licenziamento per giusta causa o giustificato motivo.

Qualora la violazione sia contestata a personale con rapporto libero-professionale o ad altri soggetti tenuti al rispetto del Modello troveranno applicazione le sanzioni previste nelle clausole contrattuali, ovvero la risoluzione del rapporto, la sospensione o la revoca dalla carica, con conseguente perdita temporanea o definitiva dei diritti economici.

Tabella delle infrazioni 231 e Whistleblowing

Infrazioni	Sanzioni irrogabili
<p>Inosservanza delle prescrizioni individuate nel Codice Etico.</p> <p>Responsabilità del segnalante prevista dalla normativa whistleblowing, anche con sentenza di primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia</p>	<p>Richiamo verbale</p> <p>Richiamo scritto</p> <p>Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base</p> <p>Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni</p> <p>Licenziamento con preavviso</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Sospensione o Revoca dalla carica e perdita definitiva o temporanea dei diritti economici</p>
<p>Inosservanza degli elementi specifici di controllo previsti nei protocolli per negligenza e senza l'esposizione della Società ad una situazione oggettiva di pericolo "231".</p> <p>Violazioni indicate dalla normativa whistleblowing</p>	<p>Richiamo scritto</p> <p>Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base,</p> <p>Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni</p> <p>Licenziamento con preavviso</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Sospensione o Revoca dalla carica e perdita definitiva o temporanea dei diritti economici</p>
<p>Omissione di comunicazione dovuta all'OdV come indicata nei protocolli</p>	<p>Richiamo scritto</p> <p>Multa non superiore a quattro ore della retribuzione base,</p> <p>Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni</p> <p>Licenziamento con preavviso</p> <p>Licenziamento senza preavviso con eventuale sospensione cautelare non disciplinare</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Sospensione o Revoca dalla carica e perdita definitiva o temporanea dei diritti economici</p>
<p>Comportamento a rischio di reati (così come elencati nel Modello Organizzativo) che determina, anche solo potenzialmente, l'apertura a carico della Società di un procedimento ex D.Lgs. 231"</p>	<p>Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni</p> <p>Licenziamento con preavviso</p> <p>Licenziamento senza preavviso con eventuale sospensione cautelare non disciplinare</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Sospensione o revoca dalla carica e perdita definitiva o temporanea dei diritti economici</p>
<p>Comportamento diretto in modo univoco ed intenzionale al compimento di un reato sanzionato nel Decreto 231</p>	<p>Licenziamento con preavviso</p> <p>Licenziamento senza preavviso con eventuale sospensione cautelare non disciplinare</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Revoca dalla carica e perdita definitiva dei diritti economici</p>
<p>Comportamento che ha determinato l'applicazione delle misure previste dal Decreto.</p>	<p>Licenziamento senza preavviso con eventuale sospensione cautelare non disciplinare</p> <p>Risoluzione del rapporto</p> <p>Revoca dalla carica e perdita dei diritti economici</p>

La sanzione adottata deve essere, in ogni caso, commisurata all'infrazione, nella logica di bilanciamento tra condotta trasgressiva e conseguenza disciplinare, sulla base dei seguenti parametri:

- livello di responsabilità ed autonomia del trasgressore;
- eventuale esistenza di precedenti violazioni a carico dello stesso;
- intenzionalità del suo comportamento e gravità del medesimo, intesa come il livello di rischio a cui la Società può ragionevolmente ritenersi esposta a seguito della condotta censurata;
- altre particolari circostanze in cui si è manifestata l'infrazione.

12.7 *Informazione e pubblicità*

Il presente Sistema Disciplinare, oltre ad essere consegnato, anche per via telematica o su supporto informatico, a tutti i destinatari, assolvendo così l'obbligo dell'informativa personale è pubblicato nella intranet aziendale ed è affisso presso la sede aziendale, in luogo accessibile a tutti, affinché ne sia garantita la piena conoscenza da parte dei destinatari, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7, comma 1, della Legge n. 300/1970.

13 ORGANISMO DI VIGILANZA

L'ICCS ha costituito il proprio Organismo di Vigilanza ("OdV"), quale organismo indipendente, che assume i compiti previsti dalla normativa (art. 6, comma 1, lett. b) del Decreto).

In ossequio al dettato di legge ed in conformità alle linee-guida emanate da Confindustria ed AIOP, l'OdV è chiamato a verificare l'adeguatezza e l'effettività del Modello Organizzativo e del Codice Etico, curarne l'aggiornamento, vigilare sulla relativa applicazione, effettuare analisi periodiche sulle singole componenti degli stessi, nonché assicurare l'effettività dei flussi di informazione tra gli organi direttivi, l'OdV stesso e le funzioni aziendali, e segnalare le violazioni eventualmente accertate.

La compiuta esecuzione dei propri compiti da parte dell'OdV costituisce elemento essenziale affinché la Società possa usufruire dell'esimente prevista dal Decreto.

Per la disciplina dettagliata delle proprie attività, di seguito descritte, l'OdV adotta un regolamento interno, non soggetto all'approvazione da parte di altri organi societari.

13.1 Nomina e durata

Il Consiglio di Amministrazione nomina l'OdV, garantendo i necessari profili di indipendenza, professionalità e continuità di azione, ne valuta periodicamente l'adeguatezza e, quando necessario, provvede alla sostituzione dei membri che dovessero cessare dal loro incarico.

L'OdV, che può avere una composizione sia monocratica sia collegiale, dura in carica tre anni e i suoi membri sono rieleggibili, salva l'insorgenza di una causa di revoca o la sopravvenuta carenza dei requisiti di onorabilità di cui al successivo § 13.3; nell'esercizio delle sue funzioni, può avvalersi della collaborazione di esperti, a cui sarà conferito specifico incarico dall'Istituto Clinico.

13.2 Requisiti di professionalità

L'OdV dell'ICCS è un organo monocratico composto da un professionista esterno, il cui profilo garantisce competenze relative a:

- sistemi di controllo interno, con particolare riferimento alla revisione contabile, alle tecniche di analisi e valutazione dei rischi, alle misure per il loro contenimento, al campionamento statistico ed alle metodologie per l'individuazione di frodi a danno del SSN/SSR;
- diritto d'impresa;
- organizzazione aziendale, con particolare riguardo al settore dell'ospitalità privata.

Il Consiglio di Amministrazione individua la composizione dell'OdV – tra figure professionali esterne od interne all'Istituto Clinico – garantendo sempre i caratteri di

autonomia, indipendenza e continuità d'azione richiesti dalla legge e dalle linee-guida confindustriali e di settore.

13.3 Requisiti di onorabilità e cause di revoca

Il componente dell'OdV, al momento della nomina e per tutta la durata dell'incarico, non deve:

- a. rivestire incarichi esecutivi o delegati nel Consiglio di Amministrazione della Società;
- b. svolgere funzioni di business per conto della Società;
- c. intrattenere rapporti di affari con la Società, con società da essa controllate o ad essa collegate, né intrattenere significativi rapporti di affari con gli Amministratori muniti di deleghe;
- d. avere rapporti con o far parte del nucleo familiare degli Amministratori, intendendosi per nucleo familiare quello costituito dal coniuge e dai parenti ed affini entro il quarto grado;
- e. risultare titolari, direttamente o indirettamente, di partecipazioni rilevanti nel capitale della Società;
- f. essere stati membri di Organismi di Vigilanza di enti sottoposti a sanzioni previste dal D.Lgs. 231/2001 nel corso del relativo mandato;
- g. essere stati sottoposti a misure di prevenzione disposte dall'Autorità giudiziaria, salvi gli effetti della riabilitazione;
- h. essere sottoposti ad un procedimento penale suscettibile di concludersi con una condanna:
 - a pena detentiva, per uno dei reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria;
 - a pena detentiva, per uno dei reati previsti nel titolo XI del libro V del codice civile e nel R.D., 16 marzo 1942, n. 267; alla reclusione per un tempo non inferiore a sei mesi per un delitto contro la P.A., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica;

- alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per qualunque delitto compreso tra i reati richiamati dal D.Lgs. 231/2001.

Le preclusioni di cui alla precedente lettera h) valgono altresì in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti di cui all'art. 444 c.p.p. salvo che sia intervenuta l'estinzione del reato.

Il componente dell'OdV è tenuto a sottoscrivere, al momento della nomina e con cadenza annuale, una dichiarazione attestante la sussistenza di tali requisiti di eleggibilità e onorabilità e, comunque, a comunicare immediatamente al Consiglio di Amministrazione l'insorgere di una delle condizioni ostative di cui sopra.

Cause esclusive di revoca dell'OdV sono le seguenti:

- grave inadempimento agli obblighi di vigilanza e di controllo;
- prolungata inattività;
- mancata segnalazione di situazioni critiche al Consiglio di Amministrazione.

13.4 Autonomia finanziaria

Per poter esercitare pienamente le proprie funzioni, l'OdV dispone non solo di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, ma anche di adeguate risorse finanziarie, sulla base di un preventivo annuale, approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'ICCS su proposta dell'OdV stesso che si vincola all'obbligo di rendicontazione annuale. In presenza di situazioni eccezionali od urgenti l'OdV può impegnare risorse eccedenti la propria autonomia di spesa, ma in tal caso deve darne immediata e dettagliata comunicazione al Consiglio di Amministrazione.

Il fondo spese sarà erogato dal Consiglio di Amministrazione entro il 31 gennaio di ogni anno.

13.5 Autonomia funzionale

L'OdV ha accesso a tutte le informazioni ed alla documentazione necessaria per effettuare le verifiche programmate in esecuzione dell'attività di controllo prevista nel Modello. A tal fine, l'OdV non costituisce un organo subordinato al vertice aziendale, bensì un organo dotato di indipendenza nell'esecuzione dell'attività di controllo. Per

questo motivo, l'organigramma aziendale prevede l'inserimento dell'Organismo in esame come unità di staff in una posizione assolutamente svincolata dalla linea gerarchica, con funzioni di report solo ai massimi livelli aziendali. A questa collocazione, si associa la non attribuzione di compiti che, rendendo l'Organismo partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l'obiettività di giudizio nel momento delle verifiche sui comportamenti e sul Modello.

13.6 *Compiti e attività*

L'Organismo è dotato di tutti i poteri necessari per assicurare una puntuale ed efficiente vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello Organizzativo adottato dalla Società, secondo quanto stabilito dall'art. 6 del DLgs. n. 231/2001, e segnatamente per l'espletamento dei seguenti compiti:

- vigilanza sull'effettività del Modello, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il Modello istituito;
- disamina in merito all'adeguatezza del Modello, ossia della sua reale (e non meramente formale) capacità di prevenire, in linea di massima, i comportamenti non voluti;
- analisi circa il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Modello;
- cura del necessario aggiornamento in senso dinamico del Modello, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti. Tale cura, di norma, si realizza in due momenti distinti ed integrati:
 - presentazione di proposte di adeguamento del Modello verso gli organi/funzioni aziendali in grado di dare loro concreta attuazione nel tessuto aziendale. A seconda della tipologia e della portata degli interventi, le proposte saranno dirette verso la Direzione Generale e le altre funzioni coinvolte nei processi sensibili o, in taluni casi di particolare rilevanza, verso il Consiglio di Amministrazione;

- follow-up, ossia verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.

Pertanto, con l'implementazione del presente Modello, spetta all'Organismo di Vigilanza:

- verificare periodicamente la mappa delle aree a rischio reato e l'adeguatezza dei punti di controllo, al fine di adeguarle ai mutamenti delle attività e/o della struttura aziendale. A tal fine all'Organismo di Vigilanza devono essere segnalate da parte del management e da parte degli addetti alle attività di controllo, nell'ambito delle singole funzioni, le eventuali situazioni che possono esporre l'Azienda al rischio di reato. Tutte le comunicazioni dovranno essere redatte, esclusivamente, in forma scritta;
- effettuare periodicamente verifiche, sulla base di un programma annuale, normalmente condiviso con il Consiglio di Amministrazione, volte all'accertamento di quanto previsto dal Modello; in particolare verificare:
 - che le procedure di controllo siano poste in essere e documentate in maniera conforme;
 - che i principi etici siano rispettati;
 - l'adeguatezza e l'efficacia del Modello nella prevenzione dei reati contemplati dal Decreto.

13.7 Obblighi di report dell'Organismo di Vigilanza

L'OdV mantiene una linea di reporting, almeno annuale, nei confronti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio Sindacale.

L'OdV presenta annualmente al Consiglio di Amministrazione ed al Collegio Sindacale:

- il piano di attività annuale, per una presa d'atto;
- il rapporto consuntivo sull'attività esercitata nell'anno trascorso, motivando gli scostamenti dal piano di attività. Il reporting ha per oggetto l'attività svolta dall'OdV e le eventuali criticità emerse sia in termini di comportamenti o eventi interni alla Società, sia in termini di efficacia del Modello.

L'OdV propone al Consiglio di Amministrazione, sulla base delle criticità riscontrate, le azioni correttive ritenute adeguate al fine di migliorare l'efficacia del Modello.

L'OdV dovrà segnalare al Presidente del Consiglio di Amministrazione, con immediatezza e dopo aver raccolto tutte le informazioni ritenute necessarie, quelle violazioni del Modello Organizzativo accertate che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo alla Società.

Gli incontri con gli organi cui l'OdV riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali deve essere custodita dall'OdV.

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

Il Collegio Sindacale è interlocutore istituzionale dell'OdV nel caso in cui siano riscontrati rilievi critici e fatti anomali che coinvolgano singoli Amministratori o il Consiglio di Amministrazione nel suo complesso.

L'OdV definirà anche, con il responsabile della revisione, flussi informativi attinenti i dati di bilancio.

13.8 Coordinamento con i Process Owner e le altre Funzioni Aziendali/ Reporting verso l'Organismo di Vigilanza

Per ogni area/processo a rischio, l'ICCS individua un Responsabile (c.d. "process-owner") che, in qualità di referente primario dell'OdV, dia tempestiva e congrua evidenza scritta di ogni attività avente carattere "straordinario" od "innovativo" che implichi modifiche significative e/o riflessi sulle aree a rischio individuate.

L'OdV deve coordinarsi con i process owner e con le altre funzioni competenti per il compimento delle specifiche attività di vigilanza sull'efficacia, sull'osservanza e sull'aggiornamento del Modello. In particolare, tale coordinamento avverrà:

- con la funzione Internal Audit, in merito al monitoraggio sulla corretta ed effettiva applicazione dei protocolli di gestione dei processi sensibili al rischio reato e conseguenti segnalazione di modifiche organizzative e procedurali da proporre all'Organo direttivo;
- con la Direzione Risorse Umane e Formazione in merito alla formazione del personale ed ai procedimenti disciplinari;
- con la funzione Finanza e Controllo per il monitoraggio dei flussi finanziari;
- con la Direzione Sanitaria e Sociosanitaria, in ordine agli accertamenti e verifiche ispettive dei Nuclei Operativi di Controllo della ATS di competenza;
- con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, in ordine alle attività intraprese per il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro ed in materia ambientale;
- con tutte le altre funzioni per il monitoraggio ed implementazione del sistema di controllo.

Devono inoltre essere immediatamente trasmesse all'OdV:

- i provvedimenti e/o le notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati tutelati dal D.Lgs. 231/2001;
- le richieste di assistenza legale inoltrate dai dirigenti e dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario per i reati tutelati dal D.Lgs. 231/2001;
- i rapporti eventualmente preparati dai responsabili delle funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo e dai quali potrebbero emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D.Lgs. 231/2001;
- le notizie relative ai procedimenti disciplinari originati dalla violazione delle prescrizioni contenute nei Protocolli predisposti ex D. Lgs. 231/01 o per violazione del Codice Etico e alle eventuali sanzioni irrogate (ivi compresi i provvedimenti verso i dipendenti) ovvero ai provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti comprendenti le relative motivazioni;

- i verbali di accertamento dei Nuclei Operativi di Controllo dell'ASL di competenza.

Nei singoli protocolli, posti a presidio delle aree a rischio, sono specificamente formalizzati dei flussi informativi (report) sull'andamento delle relative attività, oggetto di invio periodico all'OdV, da parte delle funzioni aziendali coinvolte.

13.9 Segnalazioni verso l'Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza deve essere informato in merito ad eventi che potrebbero ingenerare responsabilità dell'ICCS ai sensi del D.Lgs. 231/01 mediante apposite segnalazioni da parte dei medici, dei dipendenti, degli Organi Sociali, dei fornitori, dei consulenti e dei soggetti in genere con cui la Società intrattiene rapporti.

L'ICCS ha attivato canali di segnalazione interni conformi alle prescrizioni del D.Lgs. 24/2023 (c.d. whistleblowing) e adeguati a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, delle persone coinvolte, del contenuto della segnalazione e della documentazione ad essa relativa.

Le segnalazioni possono essere effettuate secondo le seguenti modalità:

- **in forma scritta** su piattaforma informatica <https://ic-cittastudi.segnalazioni.net/>;
- **in forma orale** su piattaforma informatica <https://ic-cittastudi.segnalazioni.net/>, con sistema di messaggistica vocale o, su richiesta del segnalante, attraverso un incontro diretto con il gestore della segnalazione.

Il soggetto segnalante è libero di scegliere la modalità attraverso la quale effettuare la segnalazione.

L'ICCS ha individuato quale gestore delle segnalazioni l'Ufficio Internal Audit, incaricato con formale atto di nomina. Le persone interne, che compongono l'ufficio, deputate a gestire le segnalazioni, sono tutte dotate di autonomia e specificamente e adeguatamente formate alla gestione delle segnalazioni.

In caso di conflitto di interessi, ovvero in quelle situazioni dove il gestore della segnalazione coincida con il segnalante, con il segnalato o sia comunque una persona coinvolta o interessata dalla segnalazione, la segnalazione stessa deve

essere indirizzata all'Organismo di Vigilanza (OdV), organo in grado di garantire la gestione efficace, indipendente e autonoma, sempre nel rispetto dell'obbligo di riservatezza previsto dalla disciplina. In tal caso la segnalazione scritta o orale dovrà avvenire in modalità "analogica", ovvero senza utilizzare la Piattaforma.

La segnalazione scritta deve essere trasmessa all'OdV c/o ICCS via Ampère, 47 – 20131 Milano, per mezzo posta, avendo cura di inserire in una busta chiusa, riportante la dicitura "Riservata all'Organismo di Vigilanza", altre n. 2 buste chiuse che includono rispettivamente:

1. I dati identificativi del segnalante, unitamente a copia del documento di identità;
2. L'oggetto della segnalazione.

In alternativa, su richiesta del segnalante, la segnalazione può essere resa attraverso un incontro diretto con l'Organismo di Vigilanza.

Uno dei principali cardini della disciplina del *whistleblowing* è rappresentato dalle **tutele riconosciute al segnalante** per le segnalazioni effettuate nel rispetto della disciplina.

In particolare, il Decreto 24/2023 si preoccupa di proteggere il segnalante con:

- l'obbligo di riservatezza della sua identità;
- il divieto di atti ritorsivi nei suoi confronti;

La prima tutela posta dal legislatore a favore del segnalante è l'obbligo di garantire la riservatezza della sua identità e di ogni altra informazione, inclusa l'eventuale documentazione allegata, dalla quale possa direttamente o indirettamente risalire all'identità del whistleblower.

Il Decreto 24/2023 vieta inoltre ogni forma di ritorsione nei confronti del segnalante, intesa come qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, che si verifichi nel contesto lavorativo e che determini – in via diretta o indiretta – un danno ingiusto ai soggetti tutelati.

Gli atti ritorsivi adottati in violazione di tale divieto sono nulli.

Per un maggior dettaglio sugli ulteriori aspetti di applicazione e funzionamento del canale interno di segnalazione, si rinvia alla WHISTLEBLOWING POLICY adottata.

ALLEGATI

Allegato 1 – catalogo dei reati

[FINE DOCUMENTO]
