



ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI  
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

***ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI***  
***CODICE ETICO***

**Istituto Ortopedico Galeazzi SpA**

**CODICE ETICO**

Ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231 e successive modifiche ed integrazioni



**SOMMARIO**

<b>1. PRINCIPI GENERALI.....</b>	<b>3</b>
<b>2. I PRINCIPI ETICI.....</b>	<b>4</b>
<b>3. I RAPPORTI ESTERNI.....</b>	<b>5</b>
3.1 RAPPORTI CON GLI UTENTI .....	5
3.2 RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE .....	6
3.3 RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI .....	7
3.4 RAPPORTI CON I FORNITORI .....	7
3.5 I CONFLITTI D'INTERESSE .....	8
<b>4. GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE E TRASPARENZA CONTABILE .....</b>	<b>8</b>
<b>5. I RAPPORTI INTERNI.....</b>	<b>8</b>
5.1 NORME DI COMPORTAMENTO DEL PERSONALE .....	8
5.2 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	9
5.3 AMBIENTE E SICUREZZA .....	10
5.4 SISTEMA DISCIPLINARE.....	10
<b>6. OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ODV .....</b>	<b>10</b>
<b>7. L'ATTUAZIONE DEL CODICE ETICO .....</b>	<b>11</b>
7.1 DIFFUSIONE E DIVULGAZIONE DEL CODICE ETICO.....	11
7.2 CONTROLLI.....	11



## **1. PRINCIPI GENERALI**

L'ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI si attiene, nell'espletamento delle proprie attività clinico assistenziale ed amministrativa, ad inderogabili principi etici quali legalità, legittimità, onestà, correttezza e trasparenza, nella convinzione che condotte caratterizzate dalla stretta osservanza di tali principi costituiscano un irrinunciabile presidio per lo sviluppo economico e sociale.

Il presente Codice Etico (di seguito "Codice Etico" o "Codice") contiene, pertanto, i criteri generali di comportamento ai quali tutti coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti e relazioni con l'Istituto devono, senza eccezione alcuna, inderogabilmente attenersi.

Più precisamente, i soggetti in posizione apicale, quali amministratori, sindaci o soggetti con funzioni di direzione, nonché tutti i medici e dipendenti, i collaboratori e consulenti e, più generalmente, tutti i Terzi che entrano in rapporto con l'Istituto (di seguito anche "i Destinatari") non devono mai derogare al rispetto di principi fondamentali quali l'onestà, l'integrità morale, la correttezza, la trasparenza e l'obiettività nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

I soggetti sopraindicati, durante lo svolgimento dei loro incarichi, devono rispettare e far rispettare, anche nello svolgimento di attività svolte all'estero, le leggi e le normative vigenti orientando le proprie azioni ed i propri comportamenti ai principi, agli obiettivi ed agli impegni richiamati nel Codice, che sono tenuti a conoscere, a rispettare e ad attuare, segnalando eventuali carenze o inosservanze.

L'osservanza dei contenuti del Codice da parte di tutti coloro i quali operano per l'IOG è di importanza fondamentale per il buon funzionamento, l'affidabilità e la reputazione dell'ISTITUTO.

Ogni Destinatario del presente documento, nell'ambito delle responsabilità connesse al ruolo ricoperto, deve fornire il massimo livello di professionalità di cui dispone e svolgere con impegno le attività assegnate, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi aziendali. In nessun caso, il perseguimento dell'interesse dell'ISTITUTO, può giustificare un comportamento non corretto e, pertanto, i Destinatari non potranno in alcun caso ritenere di essere autorizzati ad agire, per ottenere un vantaggio ovvero per favorire un interesse dell'IOG, in violazione delle specifiche regole dettate dal Codice.

Qualora si verificassero ipotesi di condotte contrarie al Codice Etico tenute da uno dei Destinatari, unico responsabile dovrà essere ritenuto l'esecutore materiale restando l'azienda esente da qualsiasi profilo di coinvolgimento.

Il presente Codice è parte integrante del Modello Organizzativo ex D. Lgs. 231/01 dell'IOG. I principali contenuti di tale Legge, che ha introdotto nell'ordinamento italiano il principio della responsabilità degli Enti per i reati commessi nel loro interesse dai dipendenti e altri soggetti, così come indicati nell'art. 5 della Legge stessa, sono specificamente indicati nella parte generale e introduttiva del Modello Organizzativo, alla quale, integralmente, si rimanda.

Alla funzione di Controllo Interno (di seguito CI) e all'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01 (di seguito OdV) spetta l'onere di agevolare e promuovere la conoscenza del Codice presso tutti i Destinatari dello stesso. Ogni comportamento contrario alle prescrizioni contenute nel Codice dovrà formare oggetto di segnalazione all'OdV e sarà perseguito secondo quanto previsto dal sistema sanzionatorio.



## **2. I PRINCIPI ETICI**

L'Istituto, nel promuovere il proprio sviluppo, mediante il conseguimento degli obiettivi prefissati:

- i)** assume quali principi imprescindibili nel proprio operare l'onestà ed il rispetto delle normative vigenti in Italia e, in particolare, nella Regione Lombardia. Tutti i Destinatari sono tenuti alla conoscenza e al rispetto delle leggi e dei Codici Deontologici attinenti alla propria professione nella misura applicabile al loro operato;
- ii)** persegue l'eccellenza nell'erogazione dei propri servizi, nelle capacità professionali e nell'impegno dei propri medici e dipendenti;
- iii)** sviluppa un'azione continua di miglioramento dei servizi e dei processi aziendali, mirata all'integrità fisica ed al rispetto del paziente, ed alla sua soddisfazione, alla tutela dei lavoratori, alla competenza, consapevolezza ed abilità degli operatori sanitari, amministrativi e tecnici;
- iv)** assicura le migliori prestazioni di diagnosi e cura, in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia, sistematicità e continuità richieste dallo stato del malato, al quale garantisce la più esaustiva informazione sulle modalità di cura adottate;
- v)** garantisce ai propri medici e dipendenti ambienti di lavoro di elevata qualità, sicuri e salubri;
- vi)** non tollera, né favorisce in alcun modo comportamenti tendenti all'induzione ad agire contro la legge;
- vii)** riconosce nelle risorse umane il patrimonio fondamentale ed insostituibile per il proprio successo, ispirandosi, nella gestione dei rapporti di lavoro e collaborazione, al pieno rispetto dei diritti dei lavoratori, promuovendone la piena valorizzazione e lo sviluppo professionale ed astenendosi da qualsiasi comportamento discriminatorio;
- viii)** s'impegna a rendere più efficace ed efficiente la gestione delle risorse tecnologiche necessarie a diffondere e consolidare una cultura della sicurezza, sviluppando la consapevolezza dei rischi ed esigendo comportamenti responsabili da parte di tutti i Destinatari;
- ix)** identifica nel miglioramento continuo di processi e sistemi condizione necessaria per il perseguimento dell'eccellenza, incentivando la crescita professionale di collaboratori e dipendenti;
- x)** promuove l'innovazione, la ricerca scientifica, la formazione e la didattica;
- xi)** pone la massima attenzione affinché siano evitate, sempre e comunque, situazioni in cui possano verificarsi conflitti di interesse;
- xii)** garantisce la riservatezza delle informazioni in suo possesso e si astiene dal ricercare e trattare dati riservati, ad esclusione del caso di esplicita e consapevole autorizzazione e/o conformità alle norme giuridiche in vigore;
- xiii)** riconosce l'importanza del rispetto dell'ambiente e richiede la valutazione, da parte dei Destinatari, dell'impatto ambientale delle proprie decisioni, al fine di minimizzarne gli eventuali effetti negativi. Programma le proprie attività ricercando il migliore equilibrio possibile tra iniziative economiche ed esigenze ambientali;



- xiv) vieta a tutti Destinatari di accettare, offrire o promettere, anche indirettamente, denaro, doni, servizi o prestazioni non dovuti nei rapporti intrattenuti con pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio.

### **3. I RAPPORTI ESTERNI**

I componenti gli organi sociali, i medici, i dipendenti e i collaboratori del'I OG debbono tenere un comportamento improntato alla massima correttezza ed integrità in tutti i rapporti con persone ed enti esterni alla società.

La professionalità, la competenza, la correttezza e la cortesia rappresentano i principi guida che i Destinatari del Codice sono tenuti ad osservare nei loro rapporti con terzi e/o con le società dello stesso gruppo.

Per tutelare l'immagine e la reputazione della società, è indispensabile che i rapporti nei confronti di soggetti esterni all'Istituto siano improntati:

- alla piena trasparenza e correttezza;
- al rispetto della legge, con particolare riferimento alle disposizioni in tema di reati contro la Pubblica Amministrazione;
- all'indipendenza nei confronti di ogni forma di condizionamento, sia interno che esterno.

#### **3.1 RAPPORTI CON GLI UTENTI**

I Destinatari devono perseguire la massima soddisfazione degli utenti, nel rispetto delle procedure interne, assicurando il costante supporto di un'informazione veritiera ed esauriente sui protocolli clinici di cura adottati e sui servizi forniti, consentendo agli stessi l'assunzione di decisioni consapevoli (cd. "*consenso informato alle cure*").

La necessità di ottenere il consenso del paziente a compiere un determinato trattamento medico rappresenta non solo un principio regolato dalla stessa Carta Costituzionale, ma costituisce altresì un elemento essenziale del contratto d'opera professionale, nonché un elemento etico fondamentale nel rapporto tra medico e paziente.

Mediante la sottoscrizione del consenso, l'utente decide liberamente se sottoporsi o meno al trattamento medico proposto a seguito della piena comprensione della diagnosi, dello scopo del trattamento, degli eventuali rischi ad esso associati e delle possibili alternative.

Come indicato nel Manuale della Cartella Clinica emesso dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, "*l'informazione fa parte della buona condotta medica; costituisce un vero e proprio dovere contrattuale; è integrativa della prestazione sanitaria; dalla sua omissione possono derivare responsabilità professionali e pretese risarcitorie.*"

A tal fine l'Istituto s'impegna a:

- garantire al paziente (o a suo delegato) la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate;
- non utilizzare strumenti di persuasione, di natura scientifica o d'altro tipo, ingannevoli o non veritieri;
- assicurare adeguata ed esauriva informazione anche ad utenti stranieri, ove necessario mediante l'utilizzo di interpreti con adeguate competenze linguistiche;
- vietare l'adozione, da parte dei Destinatari, di comportamenti favorevoli disparità di trattamento o posizioni privilegiate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.



Al fine di stabilire un miglior rapporto con gli utenti, l'Istituto si impegna altresì a verificare periodicamente il corretto funzionamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

### **3.2 RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

L'IOG assicura piena trasparenza e completezza informativa nella predisposizione di comunicazioni, prospetti ed avvisi diretti alla Pubbliche Amministrazione.

I Destinatari sono tenuti ad astenersi rigorosamente dall'esibire documenti falsi e/o alterati alla PA, ovvero sottrarre e/o omettere l'esibizione, se dovuta, di documenti, informazioni o dati di qualsiasi tipo, ovvero dal tenere una condotta tendente a trarre in inganno la PA in particolare per ciò che riguarda la gestione delle attività relative ai ricoveri e alle pratiche ambulatoriali.

Ogni operazione erogata per conto del SSN deve essere legittima, congrua e adeguatamente documentata, al fine di poter procedere, in ogni momento, all'effettuazione di controlli che consentano di **(i)** verificarne le caratteristiche e le motivazioni e **(ii)** individuare i soggetti che hanno autorizzato, effettuato, registrato e verificato l'operazione stessa.

Nei rapporti intrattenuti con la Pubblica Amministrazione, è necessario che l'IOG operi sempre nel rispetto della legge ed, in particolare:

- l'assunzione di impegni con la PA, comprese le Autorità di Vigilanza è riservata esclusivamente all'Ad o, eventualmente, alle funzioni aziendali preposte ed autorizzate;
- non è permesso ai medici, dipendenti, collaboratori, né direttamente, né indirettamente, né per il tramite di interposta persona, ricevere, offrire o promettere denaro, doni o compensi, sotto qualsiasi forma, né esercitare illecite pressioni, né promettere qualsiasi oggetto, servizio, prestazione o favore a dirigenti, funzionari e dipendenti della Pubblica Amministrazione, ovvero a soggetti incaricati di pubblico servizio e a loro parenti o conviventi, allo scopo di indurli al compimento di un atto conforme o contrario ai doveri d'ufficio (dovendosi ritenere tale anche lo scopo di favorire o danneggiare una parte in un processo civile, penale o amministrativo arrecando un vantaggio diretto o indiretto all'IOG e al Gruppo a cui la stessa appartiene).

Sono ammesse unicamente forme di regalo, di trascurabile valore, purché anch'esse non finalizzate ad indurre i funzionari pubblici di cui sopra al compimento di atti contrari ai doveri d'ufficio;

- qualora uno dei Destinatari riceva richieste esplicite o implicite di benefici di qualsiasi natura da parte di funzionari della Pubblica Amministrazione dovrà:
  - a) informare tempestivamente, per iscritto il CI e l'OdV;
  - b) sospendere immediatamente ogni rapporto con essi.

Per quanto riguarda l'erogazione di fondi pubblici:

- non è consentito utilizzare o presentare dichiarazioni e documenti attestanti fatti e notizie non vere, ovvero omettere informazioni per conseguire, a vantaggio o nell'interesse proprio e/o dell'IOG, contributi, finanziamenti o altre erogazioni concesse, a qualsiasi titolo, dallo Stato, da un Ente Pubblico o dall'Unione Europea;
- è fatto esplicito divieto di utilizzare contributi, finanziamenti o altre erogazioni, comunque denominate, concesse all'IOG dallo Stato, da un Ente Pubblico o dalla Comunità Europea per scopi diversi da quelli per i quali gli stessi siano stati assegnati.



Per quanto riguarda la partecipazione a bandi di gara per l'ottenimento di finanziamenti, occorre:

- operare seguendo i principi di correttezza, trasparenza e buona fede;
- al momento dell'esame del bando di gara, valutare la congruità e la fattibilità delle prestazioni richieste;
- intrattenere relazioni chiare e corrette con i funzionari della PA incaricati.

Nel caso di aggiudicazione della finanziamento, occorre altresì garantire:

- il chiaro e corretto svolgimento di quanto previsto dal bando;
- il diligente e puntuale adempimento degli obblighi contrattuali, anche nei confronti di terze parti coinvolte.

### **3.3 RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ASSOCIAZIONI**

L'IOG:

- non finanzia partiti, i loro rappresentanti e candidati e si astiene da qualsiasi pressione impropria (diretta o indiretta) nei confronti di esponenti politici;
- può aderire a richieste di contributi, provenienti da Enti e Associazioni senza fini di lucro e con regolari statuti ed atti costitutivi, che siano di elevato valore culturale o benefico e che coinvolgano un notevole numero di cittadini;
- le eventuali attività di sponsorizzazione possono riguardare i temi della medicina, del sociale, dell'ambiente, dello sport, dello spettacolo e dell'arte e sono destinate solo ad eventi che offrano garanzia di qualità.

In ogni caso, nella scelta delle proposte a cui aderire, la società è attenta a prevenire e ad evitare ogni possibile conflitto di interessi di ordine personale o aziendale.

### **3.4 RAPPORTI CON I FORNITORI**

I soggetti preposti al processo di acquisizione di beni e/o servizi:

- sono tenuti al rispetto dei principi di imparzialità ed indipendenza nell'esercizio dei compiti e delle funzioni affidate;
- devono mantenersi liberi da obblighi personali verso fornitori e consulenti;
- devono mantenere i rapporti e condurre le trattative in modo da creare una solida base per relazioni reciprocamente convenienti e di lunga durata, nell'interesse della società;
- sono tenuti a segnalare immediatamente qualsiasi tentativo o caso di immotivata alterazione dei normali rapporti commerciali, anche infragruppo, al CI e all'OdV, ossia ai soggetti incaricati di svolgere tutte le funzioni necessarie per indirizzare, gestire e verificare le attività della società, orientando quest'ultima al raggiungimento degli obiettivi in modo corretto e trasparente;
- non devono accettare beni o servizi da soggetti esterni o interni a fronte dell'ottenimento di notizie riservate o dell'avvio di azioni o comportamenti volti a favorire tali soggetti, anche nel caso non vi siano ripercussioni dirette per la società.

Il processo di acquisto deve conciliare sia la ricerca del massimo vantaggio competitivo della società sia la lealtà e l'imparzialità.

IOG ha cura che gli unici criteri di scelta dei professionisti e consulenti siano legati alla qualità ed alla competenza tecnica.



Per particolari tipologie di beni/servizi, oltre ai normali criteri di selezione, occorre considerare anche l'esistenza concreta di adeguati sistemi di qualità aziendali.

### **3.5 I CONFLITTI D'INTERESSE**

I medici, dipendenti, i membri degli organi sociali e, in genere, tutti coloro che operano in nome e per conto dell'IOG, devono evitare ogni possibile situazione di conflitti d'interesse che possa derivare dal:

- partecipare a decisioni che riguardino affari dai quali potrebbe derivare un interesse personale;
- accettare accordi dai quali possano derivare vantaggi personali;
- compiere atti, stipulare accordi e, in genere, tenere qualsivoglia comportamento che possa, direttamente o indirettamente, causare all'IOG e/o al Gruppo un danno, anche in termini di immagine e/o credibilità sul mercato;
- confliggere con l'interesse dell'IOG, influenzando l'autonomia decisionale di un altro soggetto demandato a definire rapporti commerciali con o per la stessa.

Gli Amministratori, i medici e dipendenti che si trovino in una situazione di conflitto d'interesse, anche solo potenziale, devono darne immediata notizia al CI e all'O.d.V. che valuterà il comportamento da tenere.

Nella conduzione di qualsiasi attività, la società deve evitare situazioni ove i soggetti coinvolti nelle transazioni siano, o possano anche solo apparire, in conflitto di interesse.

## **4. GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE E TRASPARENZA CONTABILE**

La gestione delle risorse finanziarie deve avvenire nel rigoroso rispetto delle deleghe conferite, nonché di eventuali specifiche autorizzazioni per il compimento di particolari operazioni.

La trasparenza contabile si fonda sull'esistenza, l'accuratezza e la completezza dell'informazione di base per le relative registrazioni contabili. Ciascun amministratore, medico e dipendente, collaboratore e fornitore di servizi è tenuto ad operare affinché i fatti di gestione siano rappresentati correttamente e tempestivamente nella contabilità.

Per ogni operazione deve essere conservata agli atti un'adeguata documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire:

- l'agevole registrazione nella contabilità;
- l'individuazione dei diversi livelli di responsabilità;
- la ricostruzione accurata dell'operazione, anche per ridurre la probabilità di errori interpretativi.

Tutti i soggetti sono tenuti ad informare tempestivamente i propri responsabili dell'eventuale riscontro di omissioni, falsificazioni, trascuratezze della contabilità o della documentazione sulla quale si basano le registrazioni contabili con adeguati canali comunicativi.

La segnalazione deve essere effettuata anche al CI e all'O.d.V.

## **5. I RAPPORTI INTERNI**

### **5.1 NORME DI COMPORTAMENTO DEL PERSONALE**

I medici, dipendenti, i dirigenti, i collaboratori e i consulenti continuativi dell'IOG devono:



- impegnarsi a curare le proprie competenze e la propria professionalità, arricchendole con l'esperienza e la collaborazione dei colleghi, assumendo un atteggiamento costruttivo e propositivo, stimolando la crescita professionale dei propri collaboratori;
- contribuire, mediante il costante impegno professionale ed il corretto comportamento personale, al raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di eccellenza propri dell'istituto nell'erogazione dei servizi sanitari;
- aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente, rispetto ai propri compiti;
- osservare scrupolosamente i precetti previsti dai Codici Deontologici nella misura applicabile al loro operato;
- evitare di sollecitare o accettare, per sé o per altri, raccomandazioni, trattamenti di favore, doni o altra utilità da parte dei soggetti con i quali si entra in relazione. Qualora si ricevano omaggi o atti di ospitalità non di natura simbolica, dovrà essere informato il diretto superiore, ed eventualmente il CI e l'OdV, per valutare l'eventuale restituzione o ogni altro più opportuno intervento;
- proteggere e mantenere riservate le informazioni acquisite nello svolgimento delle attività assegnate;
- rispettare e salvaguardare i beni di proprietà sociale, nonché impedirne l'uso fraudolento o improprio;
- utilizzare gli strumenti aziendali in modo funzionale ed esclusivo allo svolgimento delle attività lavorative o agli scopi autorizzati dalle funzioni interne preposte;
- evitare che la situazione finanziaria personale possa avere ripercussioni sul corretto svolgimento della propria attività lavorativa;
- garantire parità di trattamento a tutti i pazienti.

In particolare, ai Destinatari è fatto stretto divieto di:

- utilizzare strumenti di persuasione scientifica o di altro genere i cui contenuti siano ingannevoli o comunque non veritieri;
- erogare prestazioni non necessarie o dichiarare prestazioni non effettivamente erogate;
- utilizzare codici di diagnosi e cura diversi dai codici corrispondenti alla prestazione effettivamente erogata;
- contabilizzare prestazioni ambulatoriali nell'ambito dei ricoveri ordinari;
- duplicare la fatturazione della medesima prestazione o non emettere note di credito qualora siano state fatturate, anche per errore, prestazioni inesistenti o non finanziabili;
- tenere comportamenti che tendano ad alterare la corretta gestione delle liste d'attesa;
- alterare o manomettere i contenuti della Cartella Clinica in ogni sua parte;
- usufruire, per proprie finalità, dei progetti, dei sistemi, dei procedimenti, delle metodologie, dei rapporti o di altra invenzione o attività sviluppata dall'IOG e di cui quest'ultimo è titolare dei diritti di proprietà individuale.

## **5.2 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

La società si impegna a sviluppare le capacità e le competenze di ciascun medico e di ogni dipendente affinché l'energia e la creatività dei singoli trovino piena espressione realizzandosi le potenzialità di ognuno.



L'IOG è impegnato a offrire pari opportunità di lavoro per tutti i medici e dipendenti, sulla base delle qualifiche professionali e delle capacità di rendimento, senza alcuna discriminazione, selezionando, assumendo, retribuendo i medici e dipendenti in base a criteri di merito e competenza, senza alcuna discriminazione politica, sindacale, religiosa, razziale, di lingua o di sesso, nel rispetto di tutte le leggi, dei regolamenti e delle direttive vigenti.

### **5.3 AMBIENTE E SICUREZZA**

L'IOG gestisce le sue attività perseguendo l'eccellenza nel campo della tutela dell'ambiente e della sicurezza del proprio personale medico e dipendente, dei pazienti e dei terzi, ponendosi come obiettivo il miglioramento continuo delle proprie prestazioni in materia e a tal fine:

- (i) si impegna a rispettare le disposizioni vigenti in materia di sicurezza e ambiente;
- (ii) elabora e comunica le linee guida della tutela dell'ambiente e della sicurezza che devono essere seguite;
- (iii) promuove la partecipazione dei dipendenti al processo di prevenzione dei rischi, di salvaguardia dell'ambiente e di tutela della salute e della sicurezza nei confronti di se stessi, dei colleghi e dei terzi.

### **5.4 SISTEMA DISCIPLINARE**

I principi espressi nel presente Codice sono parte integrante delle condizioni che regolano i rapporti di lavoro interni alla società, eventuali violazioni daranno luogo all'applicazione di sanzioni in conformità al sistema disciplinare aziendale attualmente vigente.

Il mancato rispetto dei precetti contenuti del presente Codice potrà comportare la risoluzione del rapporto di lavoro con i dipendenti, i medici a libera professione, i collaboratori ed i fornitori.

## **6. OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALL'ODV**

Tutti i Destinatari del Codice sono tenuti a segnalare tempestivamente all'OdV ogni comportamento contrario a quanto previsto dal codice stesso, dal Modello, dalle norme di legge e dalla procedure interne.

La società ha attivato gli opportuni canali di comunicazione dedicati; in particolare, è stata attivata una apposita casella di posta elettronica, presso la quale inviare le eventuali segnalazioni in ordine al mancato rispetto dei dettami di cui al presente Codice.

I segnalanti saranno garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione; sarà inoltre garantita la riservatezza dell'identità del segnalante fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della società o delle persone accusate erroneamente e/o in malafede.



## **7. L'ATTUAZIONE DEL CODICE ETICO**

### **7.1 DIFFUSIONE E DIVULGAZIONE DEL CODICE ETICO**

L'IOG, in accordo con il Controllo Interno, si impegna a comunicare a tutti i soggetti Destinatari i valori ed i principi contenuti nel Codice, e a garantirne la diffusione interna ed esterna, mediante:

- la distribuzione a tutti i componenti degli Organi Sociali, ai medici e ai dipendenti;
- l'affissione in un luogo accessibile e la pubblicazione sul sito *internet* aziendale;
- la messa a disposizione ai terzi destinatari ed a qualunque altro interlocutore sul sito *web* aziendale della società.

Tutto il personale medico e dipendente, gli amministratori, i sindaci, i consulenti e i principali fornitori devono prendere visione del Codice e impegnarsi a seguire le prescrizioni e le regole in esso contenute.

In aggiunta, l'OdV organizza periodiche iniziative di formazione sui principi previsti dal Codice stesso.

### **7.2 CONTROLLI**

Il compito di vigilare sul rispetto del presente Codice, relazionando almeno annualmente il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio Sindacale, spetta all'OdV, per il tramite del CI, entrambi nominati dal Consiglio d'Amministrazione della Società.

Il CI non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività della società, né poteri di destinare risorse economiche e finanziarie della società stessa.

È una funzione indipendente alla quale tutte le strutture aziendali possono rivolgersi per la risoluzione di problemi legati alla *compliance* e al rispetto delle regole.



ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI  
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

***ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI***  
***Modello di Organizzazione Gestione e Controllo***

**Istituto Ortopedico Galeazzi SpA**

**Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

Ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231 e successive modifiche ed integrazioni



## SOMMARIO

<b>PARTE GENERALE.....</b>	<b>3</b>
1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI .....	3
2. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231 .....	7
2.1 <i>Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico delle persone giuridiche ex D. Lgs. n. 231/2001</i> .....	7
2.2 <i>L'adozione di un Modello Organizzativo quale condizione di possibile esclusione della responsabilità amministrativa</i> .....	8
3. ADOZIONE DEL MODELLO EX D.LGS. 231 DEL 2001 .....	10
3.1 <i>Situazione attuale di IOG - Brevi cenni relativi all'attività</i> .....	10
3.2 <i>Stato delle procedure e obiettivi perseguiti con l'adozione del Modello</i> .....	10
3.3 <i>Oggetto e scopo del Modello</i> .....	11
3.4 <i>La costruzione del Modello e i suoi principi ispiratori</i> .....	14
4. L'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	15
4.1 <i>Nomina, durata e sostituzione dei membri</i> .....	15
4.2 <i>Compenso e capacità di spesa</i> .....	17
4.3 <i>Regole di funzionamento e convocazione</i> .....	17
4.4 <i>Funzioni e poteri</i> .....	18
4.5 <i>I flussi informativi e le segnalazioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e relazioni con gli organi sociali</i> .....	19
4.6 <i>I flussi informativi e le segnalazioni nei confronti dell'Organismo di Vigilanza</i> .....	20
4.7 <i>Registro delle attività - Libro delle riunioni dell'Organismo di Vigilanza - Raccolta e conservazione delle informazioni</i> .....	21
5. IL SISTEMA DISCIPLINARE.....	22
5.1 <i>Misure nei confronti degli Amministratori e dei Sindaci</i> .....	23
5.2 <i>Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza</i> .....	23
5.3 <i>Misure nei confronti dei dipendenti inquadrati nella categoria dei dirigenti</i> .....	23
5.4 <i>Misure nei confronti dei lavoratori subordinati</i> .....	24
5.5 <i>Misure nei confronti dei medici</i> .....	26
5.6 <i>Misure nei confronti dei collaboratori esterni</i> .....	27
5.7 <i>Misure nei confronti dei fornitori</i> .....	27
6. REGOLE DI COMPORTAMENTO E CODICE ETICO.....	28
7. DIFFUSIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO .....	29
7.1 <i>Diffusione e Informazione sul Modello</i> .....	29
7.2 <i>Formazione sul Modello</i> .....	29



## PARTE GENERALE

### 1. GLOSSARIO, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Si fornisce qui di seguito la definizione dei principali termini utilizzati nel Modello di Organizzazione Gestione e Controllo dell'ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI Spa.

- Modello:** si intende il complesso dei principi di comportamento e delle procedure operative ad essi ispirate, adottati dall'ISTITUTO, al fine di prevenire la commissione dei reati, così come previsto dagli artt. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001, ad integrazione degli strumenti Organizzativi e di Controllo vigenti nell'Ente (Codice Etico, Procedure Operative, Organigrammi, Procure, Deleghe, Manuale delle Procedure e Manuale Qualità). Il Modello prevede, inoltre, l'individuazione dell'Organismo di Vigilanza, nonché delle funzioni ad esso attribuite e la definizione del sistema sanzionatorio e dell'attività di formazione relativa al D.Lgs. 231/01 e alle direttive in esso contenute.
- Soggetti apicali:** si intendono tutti i soggetti che rivestono, anche di fatto, funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale.
- Pubblico ufficiale:** si intende ogni soggetto che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. E' pubblica la funzione amministrativa disciplinata dal diritto pubblico e da atti autorizzativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autorizzativi o certificativi.
- Pubblica Amministrazione o P.A.:** si intende qualsiasi Ente pubblico<sup>1</sup>, agenzia amministrativa indipendente, persona, fisica o giuridica, che agisce in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ovvero in qualità di membro di organo delle Comunità europee, di funzionario delle Comunità europee o di funzionario di Stato estero.
- Processi sensibili:** si intende ogni processo dell'attività aziendale in relazione al quali si ritiene possibile la commissione dei reati sanzionati dal D. Lgs. 231/2001.

---

<sup>1</sup> Nella definizione di Ente Pubblico sono compresi quei soggetti privati che, per ragioni preminenti di ordine politico-economico, adempiono ad una funzione pubblicistica posta a presidio della tutela di interessi generali.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

- Procedure:** si intende l'insieme di regole e protocolli formalizzati per l'esecuzione di determinate operazioni e processi aziendali. Tali regole sono elencate per ciascuna area di rischio/reato individuata nel Modello ex D. Lgs. 231/2001 e costituiscono parte integrante dello stesso.
- Soggetti destinatari:** si intendono tutti i soggetti a cui è rivolto il Modello, e più precisamente i Soci, gli Amministratori, i Sindaci, i Direttori, i Medici, i Dipendenti, i Collaboratori, i Consulenti e gli *stakeholders* in generale.
- Tracciabilità:** si intende l'aspetto procedurale che prevede la dimostrazione, attraverso precise tracce documentali, dello svolgimento di un certo evento aziendale o di un processo decisionale.
- Organismo di Vigilanza:** si intende l'Organismo che, nell'ambito dell'applicazione del Modello, ha il compito di vigilare **(i)** sull'osservanza delle prescrizioni del Modello (in relazione alle diverse tipologie di reato contemplate nel Decreto); **(ii)** sull'efficacia del Modello in relazione alla struttura aziendale e all'effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati; **(iii)** sulla irrogazione delle sanzioni disciplinari interne, nel caso in cui vi sia stata violazione, da parte dei soggetti interessati, delle regole fissate nel Modello stesso; **(iv)** sulla pianificazione e lo svolgimento di un'adeguata attività di formazione, nonché **(v)** sull'opportunità di aggiornamento del Modello, ogniqualevolta si ravvisino esigenze di modifica dello stesso, in relazione all'introduzione di nuove fattispecie di reato nel perimetro di applicazione del D.Lgs. 231/01 e/o alle mutate condizioni ambientali e/o a nuovi orientamenti della *best practice*.



**Controllo Interno o *Internal Auditor*:** si intende la funzione e/o le persone incaricate di svolgere le attività di controllo interno attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti necessari o utili a verificare le attività dell'ISTITUTO, a garanzia del raggiungimento degli obiettivi, sia quantitativi che qualitativi, attraverso metodologie corrette e trasparenti. Tale funzione si rapporta con l'Organismo di Vigilanza e relaziona direttamente il Consiglio di Amministrazione. Esso non ha poteri decisionali legati allo svolgimento dell'attività della società, né facoltà di destinare risorse economiche e finanziarie della società stessa. È una funzione indipendente alla quale tutte le strutture aziendali si possono rivolgere per la risoluzione dei problemi legati alla *compliance* e al rispetto delle regole interne dell'ISTITUTO.

#### **ABBREVIAZIONI**

Nella parte che segue e nelle Procedure allegate, saranno utilizzate le seguenti abbreviazioni:

<b>ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI o ISTITUTO o IOG:</b>	si intende l'ISTITUTO Ortopedico Galeazzi Spa.
<b>OdV.:</b>	si intende l'Organismo di Vigilanza della società.
<b>CdA:</b>	si intende il Consiglio di Amministrazione della società.
<b>AD:</b>	si intende l'Amministratore Delegato.
<b>Soci:</b>	si intendono i soci dell'IOG.
<b>DS:</b>	si intende il Direttore Sanitario dell'IOG.
<b>DSC:</b>	si intende il Direttore Scientifico dell'IOG.
<b>CI:</b>	si intende il Controllo Interno dell'IOG.
<b>Decreto o D. Lgs. 231/01:</b>	si intende il Decreto Legislativo 8 Giugno 2001, n. 231, integrato con gli aggiornamenti sino ad oggi intervenuti.
<b>AIOP:</b>	si intende l'Associazione Italiana Ospedalità Privata.
<b>SSR:</b>	si intende il Servizio Sanitario Regionale.
<b>SSN:</b>	si intende il Servizio Sanitario Nazionale.
<b>IRCCS:</b>	si intende l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.



## ***ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI***

### ***Modello di Organizzazione Gestione e Controllo***

**DRG:**

si intende il *Diagnosis-related group* o Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi. E' un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri correlato con le diagnosi e gli interventi. Il DRG viene attribuito alle differenti diagnosi/prestazioni cliniche erogate tramite un *software denominato DRG Grouper*.

**SDO:**

si intende la scheda di dimissione ospedaliera.

**NOC:**

si intendono i Nuclei Operativi di Controllo delle Aziende Sanitarie Locali.



## **2. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001 N. 231**

### **2.1 *Il regime di responsabilità amministrativa previsto a carico delle persone giuridiche ex D. Lgs. n. 231/2001***

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 ha introdotto la disciplina della responsabilità delle persone giuridiche (società ed enti) per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Nel suo testo originario il Decreto fa riferimento ai **reati contro la Pubblica Amministrazione** (art. 24 e art. 25), e cioè:

- indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un Ente Pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un Ente Pubblico (art. 24 e 24 bis D. Lgs. 231/2001);
- concussione e corruzione (art. 25 D. Lgs. 231/2001).

Successivamente all'entrata in vigore, l'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/2001 ha subito rilevanti estensioni, includendo nei reati presupposto al Decreto le seguenti ulteriori fattispecie<sup>2</sup>:

- **reati contro la fede pubblica** (art. 25 D. Lgs. 231/2001);
- **reati societari** (art. 25 *ter* D. Lgs. 231/2001);
- **delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico** (art. 25 *quater* D. Lgs. 231/2001);
- **delitti contro la personalità individuale e delitti contro la vita e l'incolumità individuale** (art. 25 *quater* - 1, *quinquies* D. Lgs. 231/2001);
- **reati di abuso di mercato** (art. 25 *sexies* D. Lgs. 231/2001);
- **reato di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con la violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro** (art. 25 *septies* D. Lgs. 231/2001);
- **reato di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro o utilità di provenienza illecita** (art. 25 *octies* D. Lgs. 231/2001);
- **reati legati alla criminalità organizzata transnazionale e associazione per delinquere** (art. 24 *ter* e art.ii 3, 4 e 10 della Legge 16 marzo 2006, n. 146 D. Lgs. 231/2001);
- **reati legati alla criminalità informatica** (art. 24 bis D. Lgs. 231/2001);
- **reati contro l'industria e il commercio** (art. 25 bis D. Lgs. 231/2001);
- **reati in violazione dei diritti d'autore e induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria** (art. 25 *novies* D. Lgs. 231/2001).

La persona giuridica può essere ritenuta responsabile e, quindi, sanzionata patrimonialmente, in relazione ad alcune fattispecie di reato che si suppone siano state commesse a suo vantaggio o nel suo interesse dagli amministratori, dai dipendenti, dai collaboratori ovvero da chiunque agisca in sua rappresentanza.

I presupposti affinché un ente possa incorrere nella descritta responsabilità risultano essere:

- a)** che una persona fisica - la quale si trova, rispetto all'ente, in una delle relazioni previste dall'art. 5 - commetta uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;

<sup>2</sup> Per una disamina completa si confronti l'Appendice "catalogo degli illeciti amministrativi e dei reati presupposto della responsabilità degli enti".



- b) che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'ente;
- c) che il reato commesso dai soggetti individuati dalla legge derivi, quanto meno, da una "colpa di organizzazione" dell'ente.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il D. Lgs. 231/2001 individua con l'art. 5 - rubricato "Responsabilità dell'ente" - due tipologie di soggetti i quali, qualora dovessero commettere nell'interesse o a vantaggio dell'ente uno dei reati sopra evidenziati, potrebbero determinare una responsabilità a carico dell'ente stesso.

Secondo il dettato della citata norma, "l'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

- a) 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;
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a)".

Tuttavia, "l'ente non risponde se le persone innanzi indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi".

La prima delle descritte figure ricomprende gli amministratori, i direttori generali, i direttori sanitari, i responsabili dei Reparti e delle Unità Operative e i direttori delle funzioni aziendali.

"Soggetto all'altrui direzione" può invece essere chiunque si trovi ad operare internamente all'ente in una posizione anche non formalmente inquadrabile in un rapporto di lavoro dipendente, purché sottoposto alla direzione o alla Vigilanza altrui (es. medici liberi professionisti e/o consulenti esterni).

La sola esistenza di uno dei rapporti innanzi descritti in capo all'autore del reato non è sufficiente di per sé a far sorgere la responsabilità in capo alla persona giuridica. Occorre anche che il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio della medesima.

Pertanto, l'ente risponde del reato qualora il suo autore lo abbia commesso con l'intenzione di perseguire un interesse esclusivo e/o concorrente dell'ente stesso, ovvero qualora il reato si riveli comunque vantaggioso per quest'ultimo. Tuttavia, la responsabilità dell'ente deve ritenersi esclusa qualora risultasse che l'autore del reato abbia agito per il perseguimento di un interesse esclusivamente proprio.

## **2.2 L'adozione di un Modello Organizzativo quale condizione di possibile esclusione della responsabilità amministrativa**

L'art. 7, 1° e 2° comma del D. Lgs. 231/2001 - rubricato "Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente" - statuisce che "nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b)<sup>3</sup>, l'ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di Direzione o Vigilanza.

*In ogni caso, è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo, idoneo a prevenire reati della specie di cui verificatosi".*

<sup>3</sup> L'articolo 5, comma 1, lett. b, stabilisce la responsabilità dell'Ente per i reati commessi nel suo interesse o nel suo vantaggio da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di 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.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

In relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, il Modello prevede misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio (art. 7, 3° comma D. Lgs. 231/2001).

Gli artt. 6 e 7 del Decreto offrono, infatti, all'ente una forma di esonero dalla propria responsabilità, disciplinando le condizioni al verificarsi delle quali l'ente non risponde del reato commesso dai soggetti individuati dall'art. 5.

Introducendo un'inversione dell'onere della prova, l'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 - rubricato "*Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente*" - prevede che "*se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che:*

- a. l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;*
- b. il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, nonché di adeguata capacità di spesa;*
- c. le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione;*
- d. non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b)".*

Ai fini di idoneità, i suddetti Modelli devono rispondere, "*in relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati alle seguenti esigenze:*

- a. individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;*
- b. prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;*
- c. individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;*
- d. prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli;*
- e. introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello" (art. 6, 2° comma D. Lgs. 231/2001).*

Ai sensi dell'art. 7, 4° comma D. Lgs. 231/2001, "*l'efficace attuazione del modello richiede:*

- a. una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso qualora siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute ovvero intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;*
- b. un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello."*



### **3. ADOZIONE DEL MODELLO EX D.LGS. 231 DEL 2001**

#### **3.1 *Situazione attuale di IOG - Brevi cenni relativi all'attività***

L'ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI inizia a svolgere la sua attività nel 1961, entra a far parte del Gruppo Ospedaliero San Donato nel marzo 2000 e viene riconosciuto IRCCS per la disciplina delle "Malattie dell'apparato locomotore" dal Ministro della Salute il 4 aprile 2006.

L'IOG si impegna ad essere un centro di eccellenza per quanto concerne la ricerca di base, la ricerca clinica e pre clinica in ortopedia.

L'ISTITUTO eroga prestazioni sanitarie a diversi livelli assistenziali sia di ricovero che a livello ambulatoriale ed opera in regime di accreditamento con il SSN<sup>4</sup>; questo significa che, pur essendo di proprietà di un Ente privato, il servizio è erogato alle medesime condizioni di una struttura pubblica.

L'IOG occupa circa 700 unità suddivise in medici specialisti, infermieri e personale sanitario, impiegati amministrativi ed occupati dell'indotto.

La struttura ospedaliera, con sede nella zona nord ovest di Milano, dispone di 11 sale operatorie ad avanzata tecnologia e di 357 posti letto, di cui 8 di terapia intensiva.

L'attività si articola in 36 Unità Funzionali Specialistiche di Diagnosi e Cura in Ortopedia, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Protesica, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Medicina Riabilitativa e Neurochirurgia.

Sono presenti inoltre 11 Servizi Ambulatoriali di anestesia e rianimazione, internistica-reumatologia, pronto soccorso operativo 24 ore su 24, cardiologia, neurofisiopatologia, odontomatologia, officina ortopedica, onde d'urto extracorporee, podologia, radiologia e terapia del dolore.

Nel corso dell'anno 2002, l'ISTITUTO ha, inoltre, ottenuto la certificazione di qualità, per tutte le unità funzionali e i servizi, secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000.

Nel febbraio 2007, L'IOG ha altresì conseguito l'estensione del certificato di qualità anche per l'organizzazione e l'erogazione di eventi formativi.

#### **3.2 *Stato delle procedure e obiettivi perseguiti con l'adozione del Modello***

Come già anticipato, l'IOG è un'azienda ospedaliera accreditata con il SSN ed è pertanto soggetta a controlli e verifiche da parte della Regione e delle ASL, a cui spetta il compito di stabilire le modalità di valutazione delle strutture, delle procedure e dei requisiti di qualificazione, nonché di verificare i risultati prodotti in termini di qualità e di appropriatezza delle metodologie applicate.

L'assoggettamento al regime dell'accreditamento e la conseguente necessità di rispettare i requisiti previsti hanno fatto sì che la società fosse già dotata da anni di un complesso di strutture, di strumenti di controllo e di procedure interne che costituiscono un efficace presidio per la prevenzione di alcuni dei reati inclusi nel perimetro del D.Lgs. 231/01.

A riguardo, si consideri che l'IOG ha istituito da alcuni anni, e via via implementato, in termini di personale e di attività di controllo, l'Ufficio per il controllo delle cartelle cliniche; tale ufficio è stato denominato, a partire dalla fine del 2008, Ufficio Appropriatezza e Controllo delle

<sup>4</sup> L'ISTITUTO inoltre segue e implementa i criteri stabiliti dal sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate, secondo quanto previsto dalla *Joint Commision International*, introdotti dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

Cartelle Cliniche ed è dedicato ad assicurare, dal punto vista sia amministrativo che medico, la correttezza formale e la completezza delle SDO, nonché la esatta codifica di tutte le cartelle cliniche ai fini dell'adempimento del debito informativo nei confronti della Regione e della ASL di competenza, nonché della corretta fatturazione delle prestazioni erogate.

In aggiunta, si consideri che l'ottenimento della Certificazione di Qualità, nonché l'estensione della medesima certificazione anche per l'organizzazione e l'erogazione di eventi formativi, rappresenta una ulteriore conferma della volontà dell'IOG di dotarsi di un Sistema di Gestione della Qualità, e delle procedure ad esso relative, **(i)** conforme alla normativa, **(ii)** sottoposto periodicamente ad un processo di certificazione e sorveglianza da parte di un organismo indipendente accreditato ed **(iii)** atto ad uniformare le attività aziendali a *standards* di eccellenza unanimemente riconosciuti.

L'ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI, inoltre, promuove e consolida al proprio interno una cultura di trasparenza, integrità e controllo nell'esercizio delle attività aziendali, nella convinzione che l'assoluto rispetto di questi valori rappresenti una premessa indispensabile ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Conseguentemente, nell'ottica di predisporre una ancor più efficiente attività di controllo e di monitoraggio di tutti i processi sensibili, l'IOG ha avviato nel corso del 2008 le ulteriori attività propedeutiche all'adozione ed all'implementazione, all'interno della struttura, di un Modello Organizzativo specificatamente aderente alle disposizioni del D.Lgs. 231/01 quali, in particolare:

- l'introduzione di una serie di nuove procedure operative interne, alcune delle quali possono già essere considerate un valido strumento a presidio delle potenziali aree a rischio reato secondo quanto previsto dal suddetto decreto;
- l'implementazione dell'Ufficio Appropriatelyzza e Controllo Cartelle Cliniche, a garanzia del controllo, sia dal punto di vista amministrativo che medico, di tutte le SDO, le cartelle cliniche e delle codifiche in esse riportate;
- l'adozione di un Codice Etico Comportamentale;
- la sottoscrizione da parte del personale medico libero professionista di un nuovo contratto che, in estrema sintesi, subordina il conseguimento della quota variabile della remunerazione ad esso spettante al raggiungimento di obiettivi anche di natura qualitativa, tra i quali il rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 231/01, dal Codice etico e dal Modello Organizzativo adottato dal IOG;
- l'istituzione della funzione del Controllo Interno;
- la mappatura dei processi e delle attività aziendali "sensibili" ovvero delle aree operative nel cui ambito potrebbe essere più frequente la possibilità di commissione dei reati di cui al Decreto.

Il lavoro svolto dal *team* di professionisti esterni e dal personale interno all'azienda è, pertanto, consistito **(i)** nell'analisi delle procedure e del sistema dei controlli già esistenti, **(ii)** nella revisione e integrazione delle procedure interne per renderle più incisive, più chiare ed organizzate, **(iii)** nella previsione di un Organismo di Vigilanza e di un sistema sanzionatorio più efficace e stringente e **(iv)** nell'elaborazione del presente Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/01.

### **3.3 Oggetto e scopo del Modello**

L'IOG, nell'intento di assicurare, a tutela della propria posizione e immagine, condizioni di correttezza, integrità e trasparenza nella conduzione delle attività aziendali, ha ritenuto, come già



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

anticipato, **(i)** di attuare un programma di analisi dei propri strumenti organizzativi, di gestione e di controllo, **(ii)** di verificare la corrispondenza delle procedure aziendali già esistenti alle finalità previste dal Decreto e **(iii)** di procedere all'attuazione del Modello rigorosamente secondo i dettami della Legge.

Tale iniziativa è stata assunta nella convinzione che il Modello stesso – che riassume ed integra l'insieme di regole e procedure interne già presenti e che saranno successivamente introdotte - possa costituire un valido e più efficace strumento di sensibilizzazione nei confronti di tutti coloro che operano nell'IOG, affinché si attengano, nell'espletamento delle proprie attività, a comportamenti corretti, trasparenti e lineari, tali da prevenire il rischio di compimento dei reati contemplati nel Decreto.

Al termine dell'attività di mappatura delle aree/attività a rischio reato ex D.Lgs. 231/01 sono stati individuati i criteri generali che hanno poi ispirato l'elaborazione del presente documento.

Tali criteri principalmente consistono:

- nella previsione di sistemi di controllo interni all'ISTITUTO che consentano una costante azione di monitoraggio sulle potenziali aree di attività a rischio e un tempestivo intervento per prevenire o impedire la prosecuzione della commissione di eventuali reati;
- nell'individuazione di specifiche procedure interne che siano parte integrante del Modello e che individuino i soggetti titolari delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità;
- nella previsione di adeguata separazione delle funzioni, al fine di impedire che i destinatari del Modello possano gestire in maniera autonoma un intero processo, nonché nella definizione e nell'attribuzione di poteri autorizzativi in linea con le responsabilità assegnate;
- nella previsione di obblighi informativi nei confronti del Controllo Interno e dell'Organismo di Vigilanza, nonché di appositi canali informativi interni;
- nell'introduzione di un sistema sanzionatorio che si renderà applicabile in caso di violazione delle linee di condotta indicate ai fini della prevenzione dei reati di cui al D. Lgs. 231/2001 e delle procedure interne previste dal Modello stesso;
- nella previsione di programmi di formazione interna, obbligatori per tutti i livelli aziendali, e di informazione e diffusione ai terzi sui contenuti del Decreto, sulle regole comportamentali e sulle procedure adottate dall'ISTITUTO.

In questo ambito, si richiamano di seguito i principali presidi dell'IOG, ai quali il Modello fa riferimento:

- Statuto sociale;
- Codice Etico;
- Carta dei Servizi;
- Carta europea dei diritti del malato;
- Manuale della Cartella Clinica;
- Manuale Qualità;
- Manuale delle Procedure di Qualità, conforme con la normativa UNI EN ISO 9001/2008;
- Sistema di deleghe di poteri e di procure;
- Sistema disciplinare del personale dipendente;
- Procedure per il regolare svolgimento delle attività aziendali;
- Sistema di gestione per la sicurezza sul lavoro e l'ambiente;



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

- Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e le relative misure di prevenzione e protezione;
- Documento programmatico sulla sicurezza.

Si consideri, peraltro, che il sistema di regole e procedure interne attualmente esistenti ed adottate, nonché quelle in corso di perfezionamento, per la prevenzione dei reati *ex D.Lgs. 231/01*, riepilogate nella parte speciale del presente Modello alla quale si rimanda, sono strumento necessario per il buon funzionamento del Modello stesso, e ne costituiscono, pertanto, una parte fondamentale.

Particolare rilevanza assume la normativa interna disciplinante le attività a rischio di reato ai sensi del D. Lgs. 231/2001, con particolare riferimento agli aspetti attinenti alla:

- definizione di deleghe (poteri) e facoltà (limiti di spesa);
- verificabilità e documentabilità delle operazioni (cosiddetta tracciabilità);
- separatezza delle funzioni;
- effettuazione di controlli a diversi livelli.

Il Modello si propone, mediante l'individuazione delle attività "sensibili" a rischio di reato e la definizione delle relative procedure operative, di perseguire le seguenti finalità:

- determinare, in tutti coloro che operano nelle aree in cui si effettuano attività "sensibili", la consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate, in un illecito passibile di sanzioni, sul piano penale e amministrativo, non solo nei propri confronti, ma anche nei confronti dell'azienda;
- ribadire che tali forme di comportamento illecito sono condannate dall'IOG in quanto contrarie, oltre che alle disposizioni di legge, anche ai principi etico/sociali cui la società intende attenersi nell'assolvimento della propria missione;
- consentire all'IOG, grazie ad un'azione di monitoraggio attivato dall'Organismo di Vigilanza sulle aree a rischio di commissione di reato *ex D.Lgs. 231/01*, di intervenire tempestivamente per prevenire o contrastare il compimento dei reati stessi.

In tale ottica, il Modello presuppone:

- un'attività di sensibilizzazione e di formazione ai fini della diffusione a tutti i livelli aziendali delle regole comportamentali in vigore nella società;
- il costante aggiornamento della mappatura delle attività "sensibili" ai sensi del Decreto e delle unità organizzative a maggior rischio di commissione delle fattispecie di reato in parola;
- l'istituzione di apposito Organismo di Vigilanza e l'attribuzione allo stesso di specifici compiti di controllo sull'efficace e corretto funzionamento del Modello, nonché la messa a disposizione dell'Organismo stesso di risorse aziendali adeguate e proporzionate ai compiti affidatigli e ai risultati attesi e ragionevolmente attendibili;
- la verifica e la documentabilità delle operazioni "sensibili" (cd. "tracciabilità");
- il rispetto del principio della separazione delle funzioni;
- la definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
- la verifica dei comportamenti aziendali, nonché del funzionamento del Modello con conseguente aggiornamento periodico.



### **3.4 La costruzione del Modello e i suoi principi ispiratori**

Nel corso del 2008, come già anticipato, l'IOG ha avviato le attività per la predisposizione del Modello di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto.

A tale scopo è stata svolta una serie di attività propedeutiche, suddivise in differenti fasi e dirette alla costruzione di un sistema di prevenzione e gestione dei rischi, in linea con le disposizioni della Legge.

Per la suddetta attività, l'IOG, lo si ripete, ha destinato risorse umane interne e professionisti esterni specializzati, i quali, ai fini dell'espletamento dell'incarico, si sono riferiti al D. Lgs. 231/2001 (integrato degli aggiornamenti ad oggi intervenuti), al quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, ai Regolamenti, alle raccomandazioni emanate dalle varie Autorità di Controllo, alle indicazioni delle diverse associazioni di categoria (in particolare, le indicazioni contenute nel Codice di Comportamento AIOP, approvato dal Ministero della Giustizia in data 2 novembre 2004 e successivamente in data 24 giugno 2009), alle linee guida della *best practices* ed anche alla giurisprudenza sino ad ora esistente.

A ciò si aggiunga che tale attività si è altresì basata su quanto emerso nel corso dell'indagine penale condotta dall'Autorità Giudiziaria nei confronti dell'IOG con la duplice finalità di (i) identificare e approfondire le attività aziendali a rischio di reato evidenziate dall'Autorità Giudiziaria stessa e (ii), conseguentemente, apportare le necessarie modifiche e integrazioni alla struttura aziendale ed al sistema organizzativo interno al fine di rendere ancora più efficaci i presidi di vigilanza e controllo esistenti.

Le risultanze di tale analisi volta all'identificazione ed alla mappatura delle aree di rischio rilevanti ai fini dell'applicazione del Decreto citato, nonché alla verifica del sistema di controllo interno, sono sintetizzate nel documento denominato "*ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI – Mappatura dei rischi e identificazione delle azioni di miglioramento*".

Sulla base di tale documento si è proceduto alla revisione ed alla integrazione di alcune procedure aziendali già in vigore, nonché, ove necessario, alla predisposizione di un preciso piano per l'introduzione delle ulteriori procedure di prevenzione dei rischi/reato *ex D.Lgs. 231/01*; tali attività sono state finalizzate alla definizione di un sistema formalizzato di norme di comportamento e di regole operative rispondente ai dettami del suddetto decreto e coerente con le esigenze di controllo dallo stesso introdotte.

A completamento di tali attività, è stato elaborato il presente Modello che, lo si ripete, è così strutturato:

- **Parte Generale**, relativa al funzionamento dell'Organismo di Vigilanza, ai Flussi informativi e alle segnalazioni da parte e verso tale Organismo, al Sistema Disciplinare, alla Diffusione ed alla Formazione sul Modello stesso.
- **Parte Speciale**, contenente la "sintesi" delle attività a rischio, i relativi presidi organizzativi e le procedure operative, alcune delle quali già in vigore, volte a prevenire la commissione dei reati.

Come già anticipato, la redazione del presente Modello recepisce ed integra i criteri ispiratori individuati dalle "*Linee Guida per l'adozione del modello organizzativo e gestionale ai sensi del D.Lgs. 231/01*" redatte dall'AIOP, documento giudicato idoneo dal Ministero di Grazia e Giustizia in data 24 Giugno 2009.

Il Modello rappresenta un "atto di emanazione dell'organo dirigente", ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 231/01 e, in quanto tale, le eventuali successive modifiche strutturali sono demandate all'approvazione del Consiglio d'Amministrazione.



#### **4. L'ORGANISMO DI VIGILANZA**

Ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il compito di vigilare sul funzionamento, sull'efficacia e sull'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento è assegnato ad un apposito Organismo, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo (art. 6, 1° comma, lett. b).

Tale Organismo deve ispirare la propria azione ai seguenti principi:

- controllo sull'effettività del Modello;
- vigilanza sull'adeguatezza del Modello;
- continuità di azione.

Esso dovrà:

- avere poteri di acquisizione e di richiesta di informazioni da e verso ogni livello e ambito operativo della società;
- aver accesso a risorse finanziarie dedicate all'espletamento delle sue funzioni .
- segnalare eventuali violazioni del Modello e proporre procedimenti disciplinari ed eventuali sanzioni a carico di soggetti che non abbiano rispettato le prescrizioni contenute nel Modello;
- essere indipendente da responsabilità di gestione aziendale ed autonomo rispetto ai vertici aziendali.

##### **4.1 *Nomina, durata e sostituzione dei membri***

L'Organismo di Vigilanza dell'IOG è un organo collegiale misto composto da tre membri, di cui uno esterno, uno interno ed uno scelto tra persone interne o esterne alla struttura a decisione del CdA, tutti scelti in base ai requisiti di competenza e comprovata esperienza in merito ai compiti assegnati all'OdV; l'Organismo nomina quale Presidente il proprio membro esterno, ad ulteriore garanzia dell'autonomia ed indipendenza dell'Organismo stesso.

Tale organo viene nominato dal CdA della società che, a tal fine, deve garantire il rispetto dei seguenti requisiti:

- professionalità, intesa come “possesso di adeguate competenze specialistiche”. I componenti esterni dell'Organismo di Vigilanza dovrebbero essere scelti preferibilmente tra professionisti con esperienza maturata in ambito ispettivo, consulenziale e/o penalistico (avvocati, commercialisti, revisori, giuslavoristi, ecc);
- onorabilità, intesa come assenza di cause di ineleggibilità, previste per i soggetti che svolgono funzioni di amministrazione, direzione e controllo<sup>5</sup>;

<sup>5</sup> A tale riguardo, si precisa che costituiscono cause di ineleggibilità:

- l'essere indagato ovvero l'aver riportato una condanna, anche non a titolo definitivo, per uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/01;
- le circostanze di cui all'art. 2382 del Codice Civile e, più precisamente, l'essere “*interdetto, inabilitato, fallito o condannato ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi.*”;
- l'aver subito l'adozione di misure di prevenzione da parte dell'Autorità Giudiziaria, salvo il successivo ottenimento della completa riabilitazione;
- la sentenza di condanna, passata in giudicato, per i reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria e contro la P.A., la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

- autonomia e indipendenza, intese come **(i)** possesso di autonomi poteri di iniziativa e controllo; **(ii)** assenza di vincoli di parentela, entro il quarto grado, con gli Amministratori e/o i componenti del Collegio Sindacale e/o i dipendenti del IOG; **(iii)** assenza di legami con la società derivanti da interessi economici rilevanti o di altra natura che possano generare conflitti o condizionare i doveri di controllo da esercitare ai sensi del D. Lgs. 231/2001; **(iv)** possibilità di relazionarsi direttamente con il vertice societario e gli organi di controllo;
- continuità di azione da realizzarsi anche attraverso il supporto di una struttura interna dedicata; l'OdV è organismo dedito esclusivamente all'espletamento delle funzioni assegnategli e non possono, pertanto, venir ad esso attribuite ulteriori funzioni.

Ciascun membro dell'Organismo di Vigilanza eletto deve, al momento dell'accettazione dell'incarico, rilasciare formale dichiarazione di sussistenza, in capo alla propria persona, dei sopra indicati requisiti di onorabilità, autonomia e indipendenza.

Il CdA deve garantire autonomia e indipendenza all'Organismo di Vigilanza attraverso:

- il rispetto dei criteri di nomina sopra enunciati;
- l'attribuzione dei poteri che di seguito verranno elencati;
- l'approvazione annuale del *budget* di spesa;
- la dotazione di strumenti idonei per poter svolgere l'attività, anche avvalendosi, se del caso, di ausili specializzati esterni.

E' rimessa al CdA la responsabilità di valutare periodicamente l'adeguatezza dell'Organismo di Vigilanza, in termini di struttura organizzativa e di poteri conferiti, apportando, mediante delibera consiliare, tutte le modifiche e/o integrazioni ritenute necessarie. In particolare:

- i componenti dell'Organismo rimangono in carica tre anni, con possibilità di rinnovare il mandato per un solo triennio, con apposita delibera del CdA, che stabilisce, nella medesima seduta, il compenso loro spettante per gli incarichi assegnati;
- i membri dell'Organismo decadono in caso di perdita dei requisiti di eleggibilità, onorabilità, professionalità e indipendenza; essi devono comunicare tempestivamente al Presidente del CdA e agli altri componenti l'eventuale perdita dei requisiti;
- l'Organismo di Vigilanza si intende decaduto se viene a mancare la maggioranza dei componenti. In tal caso, il CdA provvede a nominare, senza indugio, i nuovi membri, sulla base dei criteri di composizione sopra definiti; l'Organismo si intende, altresì, decaduto se la società incorre in sentenza di condanna per violazione del D. Lgs. 231/2001 a seguito di accertata inadeguatezza ovvero omissione dell'attività di vigilanza;
- l'Organismo di Vigilanza o i suoi singoli membri non possono essere revocati dal CdA se non per giusta causa, accertata dal Consiglio in seduta congiunta con il Collegio Sindacale, cui partecipano anche gli altri membri dell'Organismo.

Per giusta causa di revoca può anche intendersi, a titolo meramente esemplificativo:

- una grave negligenza nell'espletamento dei compiti assegnati;
- un'assenza ingiustificata per più di tre volte consecutive alle sedute dell'Organismo;
- l'interruzione del rapporto di lavoro, laddove il componente sia anche dipendente della società.

La rinuncia di uno o più membri può essere esercitata in qualsiasi momento tramite comunicazione al Presidente del CdA e agli altri componenti.



#### **4.2 Compenso e capacità di spesa**

Il compenso ai membri dell'Organismo di Vigilanza è fissato dal CdA.

L'Organismo deve essere dotato di autonoma capacità di spesa, sulla base del *budget* assegnatogli dal CdA con cadenza annuale su proposta dell'OdV stesso, commisurata con i compiti da svolgere; tale capacità potrà essere esercitata per le esigenze derivate dall'espletamento dei compiti assegnati ed ogniqualvolta l'Organismo decida di avvalersi di servizi o di professionisti esterni al fine di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del Modello, nonché di curarne il costante e tempestivo aggiornamento, nell'ambito dell'attuazione delle disposizioni di cui al D. Lgs. 231/2001.

#### **4.3 Regole di funzionamento e convocazione**

L'Organismo di Vigilanza riferisce al CdA e, una volta costituito, provvede a dotarsi di proprie regole di organizzazione e funzionamento che integrano il presente Modello.

L'Organismo si riunisce, su convocazione del suo Presidente o del Controllo Interno, con cadenza almeno semestrale; se necessario, può programmare verifiche più frequenti (cfr. par. 4.4 e 4.6). Le formalità di convocazione potranno essere espletate mediante l'invio di un *fax* o di un messaggio di posta elettronica.

La convocazione deve indicare l'ordine del giorno, ovvero i temi su cui l'OdV è chiamato a pronunciarsi nel corso della riunione.

L'Organismo potrà essere convocato in qualsiasi momento dal CdA e dal Collegio Sindacale per riferire in merito al funzionamento del Modello o a situazioni specifiche.

Per la validità delle sedute è richiesto l'intervento della maggioranza dei membri in carica, anche a mezzo di videoconferenza o di altri mezzi di comunicazione a distanza. In caso di assenza o impedimento, il Presidente è sostituito dal componente dell'Organismo più anziano di età. Le decisioni vengono assunte a maggioranza dei presenti; in caso di parità, prevale il voto del Presidente o del membro più anziano.

Le funzioni di segretario sono esercitate da un componente interno all'OdV, salvo diversa disposizione. Il segretario redige il verbale di ciascuna seduta, che sottoscrive insieme al Presidente (anche in caso di riunione svolta per video conferenza o altri mezzi di comunicazione a distanza, in qual caso la firma sarà successiva).

Il segretario custodisce e aggiorna i libri e l'archivio dell'OdV. Salvo diversa disposizione risultante dal verbale, il Segretario cura il buon esito delle comunicazioni e delle operazioni che derivano dalle decisioni assunte dall'OdV.

Per un miglior coordinamento delle attività di vigilanza e per un più efficace scambio di informazioni, alle riunioni dell'Organismo, alle quali può essere presente la funzione di Controllo Interno, possono essere invitati anche l'AD, il DS, il DSC e i responsabili delle Unità Operative ed almeno una volta l'anno deve essere invitato il Collegio Sindacale e il Responsabile della Sicurezza.

Annualmente, in concomitanza con l'approvazione del bilancio sociale, l'Organismo di Vigilanza redige una Relazione che consegna al CdA e al Collegio Sindacale e che deve:

- (i) riepilogare l'attività svolta nel corso dell'esercizio e le eventuali criticità emerse,
- (ii) render conto del *budget* di spesa (cfr. par. 4.2),
- (iii) evidenziare le modifiche non strutturali apportate al Modello nel corso dell'esercizio.



#### **4.4 Funzioni e poteri**

All'Organismo di Vigilanza è attribuito il compito di vigilare con autonomi poteri di controllo e iniziativa:

- a) sull'attività di diffusione del Modello all'interno della società e di informazione nei confronti dei soggetti esterni (fornitori, consulenti, collaboratori...).

In particolare, l'OdV. deve:

- a.1) promuovere idonee iniziative per la diffusione, l'informazione e la comprensione del Modello;
- a.2) predisporre la documentazione organizzativa interna necessaria al funzionamento del Modello stesso, contenente istruzioni, chiarimenti o aggiornamenti.

- b) sull'attività di formazione sui contenuti del Decreto e del Modello nei confronti di tutto il personale dipendente e medico a contratto libero professionale della società, così come meglio descritto nel successivo capitolo 6.

A tal fine, esso deve:

- b.1) definire, insieme al *management*, (i) i programmi di formazione per il personale dipendente e medico e (ii) il contenuto delle comunicazioni periodiche agli Organi Sociali, al personale dipendente e medico e ai collaboratori esterni, finalizzate a fornire agli stessi la necessaria sensibilizzazione e le conoscenze di base della normativa di cui al Decreto;

- b.2) verificare la completa attuazione dei piani di formazione sul Decreto e sul Modello.

- c) sull'osservanza e sul funzionamento delle prescrizioni del Modello da parte dei suoi destinatari (organi sociali, personale dipendente, medici, collaboratori e qualsiasi altro soggetto che possa agire in nome e per conto della società).

Più precisamente, esso deve:

- c.1) attivare le procedure di controllo e verificare che le stesse siano adeguate e rispondenti alle esigenze di osservanza di quanto prescritto dal D. Lgs. 231/2001;

- c.2) disporre periodicamente verifiche su determinate operazioni, processi o atti specifici posti in essere nell'ambito delle aree di attività "sensibili";

- c.3) coordinarsi con le altre funzioni aziendali per il migliore monitoraggio delle attività "sensibili". A tal fine, l'Organismo di Vigilanza ha libero accesso a tutta la documentazione aziendale che ritiene rilevante; deve essere tenuto costantemente informato dagli Organi Sociali e dai responsabili delle unità operative sugli aspetti dell'attività aziendale che possono esporre la società al rischio di commissione dei reati;

- c.4) effettuare verifiche relative al grado di conoscenza acquisito dal personale dipendente e medico rispetto alle ipotesi di reato previste dal D. Lgs. 231/2001 e al Modello adottato, anche tramite interviste a campione;

- c.5) attivare indagini interne, anche con l'eventuale collaborazione delle strutture aziendali, per la raccolta, l'elaborazione e la conservazione delle informazioni rilevanti in ordine al rispetto del Modello e per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del Modello stesso;

- c.6) segnalare al responsabile dell'Ufficio Risorse Umane l'eventuale violazione accertata affinché vengano applicate le sanzioni previste dallo specifico sistema disciplinare.



- d) sulla reale efficacia ed adeguatezza del Modello in relazione alla struttura aziendale, ed alla effettiva capacità di prevenire la commissione dei reati di cui al D.Lgs. 231/2001, nonché sull'opportunità di aggiornamento del Modello e delle relative procedure, laddove si riscontrino esigenze di adeguamento dello stesso in relazione a mutate condizioni aziendali e/o normative.

A tal fine, l'Organismo deve:

- d.1) svolgere ricognizioni dell'attività aziendale ai fini di un aggiornamento periodico della mappatura delle attività "a rischio reato" e dei relativi processi sensibili;
- d.2) esprimere periodicamente, sulla base delle risultanze emerse dalle attività di verifica e controllo, una valutazione sull'adeguatezza del Modello, rispetto alle prescrizioni del Decreto, nonché sull'operatività dello stesso (presentando apposita relazione al CdA);
- d.3) verificare periodicamente l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni/azioni correttive proposte;
- d.4) collaborare con le altre unità organizzative interessate, proponendo agli organi competenti (CdA) eventuali correzioni e adeguamenti.

Resta fermo che:

- l'Organismo di Vigilanza deve proporre procedimenti sanzionatori ogniqualvolta si riscontrino casi di violazione del Modello, delle Procedure o del Codice Etico (cfr. cap. 5);
- nell'espletamento della propria attività, l'Organismo di Vigilanza può assumere informazioni da qualsiasi struttura e/o persona della società, accedere a tutti i documenti aziendali ed avvalersi della funzione di Controllo Interno per effettuare accertamenti e verifiche presso qualunque unità organizzativa. Accertamenti in tal senso possono essere disposti anche con la collaborazione del Collegio Sindacale.

#### **4.5 I flussi informativi e le segnalazioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e relazioni con gli organi sociali**

E' compito dell'Organismo assicurare adeguati flussi informativi verso il CdA mediante la presentazione della Relazione Annuale, che dovrà contenere informazioni:

- sull'attività svolta e sulla gestione finanziaria del *budget* assegnato (cfr. par. 4.2 e 4.3), motivando gli eventuali scostamenti;
- in merito alle eventuali variazioni "non sostanziali" apportate al Modello e alle procedure che formano parte integrante dello stesso con la proposta delle eventuali modifiche sostanziali da attuare, previa specifica approvazione del CdA (cfr. par. 4.3);
- sulle segnalazioni ricevute nel corso dell'esercizio, suddividendole per ciascuna attività a rischio ed indicando le strutture coinvolte, unitamente ad una sintesi degli esiti;
- sull'eventuale presenza di violazioni accertate e sul buon funzionamento del sistema disciplinare e sanzionatorio;
- sull'adozione di un Programma annuale delle Verifiche ai sensi del D. Lgs. 231/2001, anche in base al piano di spesa per l'esercizio successivo (cfr. par. 4.2).

Gli incontri con gli Organi Sociali cui l'OdV riferisce devono essere verbalizzati e copia dei verbali deve essere custodita dall'OdV e dagli organismi di volta in volta coinvolti. Qualora l'OdV riferisca in un'occasione ove sia prevista la verbalizzazione nel libro dei verbali del Consiglio di Amministrazione, ovvero in quello del Collegio Sindacale, l'OdV non sarà tenuto a



redigere verbale nel proprio libro delle riunioni, ma sarà archiviata a cura dell'OdV stesso una copia del verbale dell'Organo Sociale di riferimento.

Il Collegio Sindacale, il Responsabile del Controllo Interno, il Consiglio di Amministrazione, il Presidente del CdA e l'Amministratore Delegato 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 formale convocazione dei predetti organi per motivi urgenti.

#### **4.6 I flussi informativi e le segnalazioni nei confronti dell'Organismo di Vigilanza**

L'Organismo di Vigilanza ha il compito di monitorare, anche per il tramite del Controllo Interno, le operazioni potenzialmente sensibili e di predisporre un efficace sistema di comunicazione interno per consentire la trasmissione e la raccolta di notizie rilevanti ai sensi del D. Lgs. 231/2001, il quale prevede, all'art 6, comma 2, lettera d), al fine di favorire il corretto espletamento dei compiti ad esso assegnati, l'obbligo d'informazione verso l'OdV da parte dei Destinatari del Modello.

Le segnalazioni verso l'OdV possono riguardare tutte le violazioni del Modello, anche solo presunte, e fatti, ordinari e straordinari, rilevanti ai fini dell'attuazione e dell'efficacia dello stesso.

In particolare:

- *quanto agli obblighi di informativa relativi ad atti ufficiali*, devono essere trasmesse al Controllo Interno e all'Organismo di Vigilanza le informative concernenti:
  - a) la pendenza di un procedimento penale a carico dei dipendenti e le segnalazioni o le richieste di assistenza legale inoltrate dal personale in caso di avvio di procedimento giudiziario per uno dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001;
  - b) i rapporti preparati dai responsabili di altre funzioni aziendali e/o unità operative nell'ambito della loro attività di controllo dai quali possano emergere notizie relative all'effettiva attuazione del Modello, nonché fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del D. Lgs. 231/2001;
  - c) le notizie relative ai procedimenti disciplinari svolti e le eventuali sanzioni irrogate, in relazione a fattispecie previste dal D. Lgs. 231/2001, ovvero ai provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;
- *quanto alle segnalazioni di violazioni del Modello* devono essere segnalate in forma scritta al Controllo Interno e all'Organismo di Vigilanza tutte le violazioni o sospette violazioni delle regole previste dal Modello.

Tale obbligo grava su tutti i soggetti (amministratori, sindaci, dipendenti, medici, collaboratori, consulenti esterni, fornitori ecc.) che, nello svolgimento della loro attività, vengano a conoscenza delle suddette violazioni.

Ciascuna segnalazione dovrà essere sufficientemente circostanziata e dovrà evidenziare tutte le informazioni necessarie e sufficienti ad identificare i termini della violazione, al fine di consentire all'Organismo di Vigilanza di attivarsi tempestivamente e in modo efficace nelle attività di indagine, anche per il tramite del Controllo Interno.

Le segnalazioni possono pervenire all'Organismo di Vigilanza sia in forma cartacea, sia in forma elettronica; a tal proposito, l'indirizzo di posta elettronica (protetto da password) di riferimento dell'Organismo di Vigilanza dovrà essere divulgato a tutti i dirigenti, medici, dipendenti, collaboratori, consulenti e fornitori della società.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

L'Organismo di Vigilanza dovrà valutare con tempestività le segnalazioni ricevute (anche avvalendosi del Controllo Interno) e gli eventuali provvedimenti che si rendessero necessari. L'eventuale decisione di non dar corso allo svolgimento di indagini interne dovrà essere motivata, documentata e conservata gli atti dell'Organismo stesso (cfr. par. 4.7).

Compito dell'Organismo di Vigilanza è garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando anche la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della società o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede; il venir meno a tale obbligo rappresenta una grave violazione del Modello.

#### **4.7 Registro delle attività - Libro delle riunioni dell'Organismo di Vigilanza - Raccolta e conservazione delle informazioni**

L'Organismo di Vigilanza deve costituire un *dossier* contenente la documentazione delle attività svolte con particolare riferimento alle:

- attività di formazione intraprese dalla società e relativi risultati, suddivisi per categoria e livello gerarchico;
- attività di verifica svolte, con indicazione della durata e motivazione della verifica, dell'attività sensibile e delle unità organizzative interessate, della sintesi della verifica, delle principali evidenze e degli eventuali suggerimenti;
- segnalazioni ricevute, suddivise per attività sensibile, con indicazione del numero di segnalazioni che hanno avuto seguito e delle strutture coinvolte;
- attività periodiche di aggiornamento del Modello, indicando i principali interventi eseguiti.

L'Organismo dovrà, inoltre, tenere un libro delle proprie adunanze, ove, per ogni convocazione, dovranno essere riportate le seguenti informazioni:

- numero progressivo e anno di riferimento;
- data riunione;
- ordine del giorno;
- verbale della riunione, con evidenza delle principali decisioni assunte.

Ogni informazione, segnalazione, *report* previsto nel presente Modello (e nei suoi eventuali successivi aggiornamenti) deve essere custodito per un periodo di 10 anni nell'apposito *data base* (informatico e cartaceo) gestito dall'Organismo, ferma restando l'osservanza delle disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali e dei diritti da essa garantiti in favore degli interessati.

Viene consentito l'accesso al *data base* ai membri del Consiglio d'Amministrazione e del Collegio Sindacale.

Qualora le indagini riguardino membri dei suddetti organismi, l'accesso al suddetto *data base* deve essere autorizzato dal Consiglio d'Amministrazione.



## **5. IL SISTEMA DISCIPLINARE**

La definizione di misure disciplinari applicabili in caso di violazione delle regole previste dal Modello rende efficiente l'azione svolta dall'Organismo di Vigilanza ed ha l'obiettivo di garantire l'efficacia del Modello stesso<sup>6</sup>.

L'applicazione del sistema disciplinare, al quale verrà data ampia diffusione mediante pubblicazione sulla rete *intranet* aziendale (ove disponibile), presuppone la violazione del Modello e prescinde dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale eventualmente avviato dall'Autorità Giudiziaria.

L'ISTITUTO deve procedere ad una graduazione delle sanzioni applicabili, con riferimento al differente grado di pericolosità e/o gravità che i comportamenti possono presentare rispetto alla commissione dei reati.

In particolare, la tipologia e l'entità della sanzione varieranno in funzione dei seguenti fattori:

- elemento soggettivo della condotta, a seconda, cioè, che quest'ultima sia stata contraddistinta da dolo, colpa, negligenza o imperizia;
- rilevanza oggettiva degli obblighi violati;
- livello di responsabilità gerarchica e/o tecnica ricoperto dall'autore del comportamento, oggetto di sanzione;
- eventuale condivisione di responsabilità con altri soggetti che abbiano concorso nella violazione delle regole previste dal Modello;
- presenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo alla professionalità, alle precedenti prestazioni lavorative, ai precedenti disciplinari, alle circostanze in cui è stato commesso il fatto;
- eventuale reiterazione delle condotte sanzionabili.

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 5, lettera b) e 7 del D. Lgs. 231/2001, le sanzioni previste nei successivi paragrafi verranno applicate, a seconda della gravità, nei confronti del personale dell'IOG che abbia posto in essere illeciti disciplinari derivanti da:

- mancato rispetto delle disposizioni previste dal Modello, dalle Procedure o dal Codice Etico;
- mancata diffusione ai dipendenti delle Procedure interne;
- mancato rispetto delle norme previste nell'ambito della normativa sulla Sicurezza sul Lavoro;
- mancata ed ingiustificata partecipazione agli incontri di formazione organizzati dalla società sul funzionamento del Modello e, in generale, sul Decreto Legislativo 231/01;
- mancato rispetto delle modalità di documentazione, di conservazione e controllo degli atti previsti dalle Procedure;
- omessa vigilanza dei superiori gerarchici sui propri sottoposti in merito alla applicazione del Modello;
- violazioni e/o elusioni del sistema di controllo poste in essere mediante la sottrazione, la distruzione o l'alterazione della documentazione prevista dalle Procedure ovvero impedendo il controllo o l'accesso alle informazioni ed alla documentazione ai soggetti preposti, incluso l'Organismo di Vigilanza ed il Controllo Interno.

<sup>6</sup> Ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. e) e dell'art. 7, comma 4, lett. b) del D. Lgs. 231/2001, il sistema disciplinare costituisce un requisito essenziale del Modello ai fini di una possibile esclusione della responsabilità amministrativa della società.



Il presente Modello è parte integrante della normativa aziendale. Eventuali violazioni sostanziali delle singole regole di comportamento contenute nel Modello e delle correlate procedure aziendali, costituiscono **(a)** inadempimento delle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro, **(b)** illecito disciplinare, nonché **(c)** fatto pregiudizievole al riconoscimento di eventuali parti variabili della retribuzione e/o *bonus* e/o incentivi e saranno regolate come di seguito specificato.

### **5.1 Misure nei confronti degli Amministratori e dei Sindaci**

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o relative Procedure Operative da parte degli Amministratori o dei Sindaci della Società, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Consiglio d'Amministrazione ed il Collegio Sindacale, i quali provvederanno ad assumere le opportune iniziative e provvedimenti, anche ai sensi della vigente normativa societaria.

In casi di gravi violazioni da parte di un amministratore, non giustificate e/o non ratificate dal Consiglio di Amministrazione, il fatto potrà considerarsi giusta causa per la revoca dello stesso.

Se del caso, la Società agirà per il risarcimento del danno.

In caso di inerzia degli Organi competenti, sarà compito dell'Organismo di Vigilanza richiedere l'intervento dell'assemblea dei soci.

### **5.2 Misure nei confronti dei componenti dell'Organismo di Vigilanza**

Nel caso di compimento di reato, anche solo ipotizzato dall'Autorità Giudiziaria, o di violazione del Codice Etico, del Modello e/o relative Procedure, da parte dei membri dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione, su segnalazione dell'Organismo stesso o del Controllo Interno e sentito il Collegio Sindacale, provvederà a rimuovere i membri coinvolti dal loro incarico e a sostituirli tempestivamente.

### **5.3 Misure nei confronti dei dipendenti inquadrati nella categoria dei dirigenti**

In caso di segnalazione di violazione, commessa da dirigenti, delle procedure previste dal Modello o di adozione, nell'espletamento delle attività sensibili, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, l'Organismo di Vigilanza deve attivare tutte le procedure volte ad accertare la fondatezza della segnalazione.

Nei confronti dei dirigenti l'accertamento della violazione può dar luogo all'applicazione delle misure e dei provvedimenti ritenuti più idonei nel rispetto delle disposizioni di legge, di contratto e aziendali che regolano la materia, in relazione alla gravità della violazione e dell'eventuale reiterazione, nonché in considerazione del particolare vincolo fiduciario che caratterizza il rapporto tra l'azienda e il dirigente stesso.

In caso di effettivo accertamento della violazione, verranno applicate le sanzioni di seguito indicate, in proporzione ai seguenti aspetti:

- gravità delle infrazioni accertate;
- livello di responsabilità e autonomia del dirigente;
- eventuale reiterazione dei comportamenti non conformi;
- intenzionalità del comportamento;
- livello di rischio cui la società può ragionevolmente ritenersi esposta a seguito della condotta irregolare accertata.



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

**a) Diffida** - nel caso di:

- inosservanza non grave di quanto stabilito dalle procedure interne previste dal Modello o adozione di un comportamento negligente non conforme alle prescrizioni del Modello stesso;
- omessa segnalazione o tolleranza, da parte dei propositi, di irregolarità commesse da altri dipendenti.

Oltre all'eventuale risarcimento del danno cui il Dirigente potrà essere tenuto, potranno essere applicate in aggiunta sanzioni patrimoniali, in relazione alla gravità delle inosservanze e/o delle omesse segnalazioni e tolleranze.

**b) Licenziamento ex art. 2118 c.c.** - nel caso di:

- grave inosservanza di quanto stabilito dalle procedure interne previste dal Modello o gravi negligenze rispetto alle prescrizioni del Modello stesso;
- omessa segnalazione o tolleranza di gravi irregolarità commesse da altri dipendenti;
- violazione delle prescrizioni del Modello con un comportamento tale da configurare una possibile ipotesi di reato sanzionato dal D. Lgs 231/2001 di una gravità tale da esporre la società ad una situazione oggettiva di pericolo o tale da determinare riflessi negativi per la società stessa, intendendosi in tal modo un inadempimento notevole degli obblighi cui il lavoratore è tenuto nello svolgimento del proprio rapporto di lavoro.

**c) Licenziamento per giusta causa** - nel caso di:

- adozione di un comportamento in palese grave violazione alle prescrizioni del Modello e tale da determinare la possibile concreta applicazione a carico della società delle misure previste dal D. Lgs. 231/2001, riconducibile a mancanze di gravità tale da far venir meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso.

In attesa di deliberare la definitiva sanzione disciplinare, la società può disporre l'allontanamento temporaneo del dirigente dal servizio per il tempo strettamente necessario a svolgere tutti gli accertamenti richiesti.

Per quanto riguarda l'accertamento e la valutazione delle infrazioni e la conseguente irrogazione delle sanzioni, restano invariati i poteri già conferiti, nei limiti della rispettiva competenza, agli organi sociali e funzioni aziendali per i procedimenti disciplinari ordinari.

Sono in questa sede richiamate tutte le disposizioni, previste dalla legge e dai Contratti Collettivi applicati, relativi alle procedure e agli obblighi da osservare nell'applicazione delle sanzioni.

#### **5.4 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati**

Con riguardo ai Dipendenti non dirigenti occorre rispettare i limiti connessi al potere sanzionatorio imposti dall'articolo 7 della legge n. 300/1970 (c.d. "Statuto dei lavoratori") e dai CCNL, sia per quanto riguarda le sanzioni applicabili (che in linea di principio risultano "tipizzate" in relazione al collegamento con specificati indebiti disciplinari) sia per quanto riguarda la forma di esercizio di tale potere.

L'IOG ritiene che il Sistema Disciplinare correntemente applicato al proprio interno, in linea con le previsioni di cui al vigente CCNL, sia munito dei prescritti requisiti di efficacia e deterrenza.

Il mancato rispetto e/o la violazione dei principi generali del Modello, del Codice Etico e delle Procedure Operative, ad opera di Dipendenti non dirigenti della Società, costituiscono quindi inadempimento alle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro e illecito disciplinare.



Con riferimento alle sanzioni applicabili, si precisa che esse saranno adottate nel pieno rispetto delle procedure previste dalle normative collettive nazionali ed aziendali applicabili al rapporto di lavoro. In particolare, per il personale dipendente non dirigente, saranno applicate le sanzioni di cui all'art. 30 (richiamo verbale; ammonizione scritta; multa fino a un massimo di 3 ore di retribuzione; sospensione fino a un massimo di 3 giorni; licenziamento) del CCNL, nei seguenti termini.

**A) Richiamo verbale**

- Lieve inosservanza delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale, delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- Tolleranza di lievi inosservanze o irregolarità commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle Procedure Aziendali e del sistema dei controlli interni.

Si ha “**lieve inosservanza**” nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo o colpa grave e non abbiano generato rischi di sanzioni o danni per la Società.

**B) Richiamo scritto**

- Inosservanza colposa delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure Aziendali previste dal Modello e/o del sistema dei controlli interni.
- Tolleranza di inosservanze colpose commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, delle Procedure Aziendali e del sistema dei controlli interni.
- Mancato adempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.
- Reiterazione dei comportamenti rappresentanti “*lieve inosservanza*”.

Si ha “**inosservanza colposa**” nei casi in cui le condotte non siano caratterizzate da dolo e/o non abbiano generato potenziali rischi di sanzioni o danni per la Società.

**C) Multa**

- Violazione colposa riguardante una procedura relativa alle aree/attività a rischio commissione reati i sensi del D.Lgs. 231/01, tale da compromettere l'efficacia generale del Modello a prevenire gli specifici reati presupposto.

L'applicazione della multa, che dovrà essere d'importo non superiore a quattro ore della retribuzione base, dovrà avvenire nel rispetto dei limiti previsti dal CCNL di categoria.

**D) Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di 10 giorni**

- Inosservanza ripetuta o grave delle norme di comportamento del Codice Etico aziendale e delle Procedure previste dal Modello.
- Omessa segnalazione o tolleranza di inosservanze gravi commesse da propri sottoposti o da altri appartenenti al personale ai sensi del Modello, del Codice Etico e delle Procedure Aziendali.
- Ripetuto inadempimento a richieste di informazione o di esibizione di documenti da parte dell'Organismo di Vigilanza, salvo giustificazioni motivate.



**E) Sospensione dal servizio con mantenimento del trattamento economico per lavoratori sottoposti a procedimento penale ex D. Lgs. 231/2001**

Nei confronti di lavoratori/lavoratrici sottoposti ad indagini preliminari ovvero sottoposti ad azione penale per un Reato, la Società può disporre, in ogni fase del procedimento penale in atto, l'allontanamento dal servizio del soggetto interessato per motivi cautelari.

L'allontanamento dal servizio deve essere reso noto per iscritto al lavoratore/lavoratrice interessato e può essere mantenuto dalla Società per il tempo dalla medesima ritenuto necessario ma non oltre il momento in cui sia divenuta irrevocabile la decisione del giudice penale.

Il lavoratore/lavoratrice allontanato dal servizio conserva per il periodo relativo il diritto all'intero trattamento economico ed il periodo stesso è considerato servizio attivo per ogni altro effetto previsto dal CCNL.

**F) Licenziamento per giusta causa ( ex art. 2119 cod.civ.)**

Notevole violazione (dolosa o con colpa grave) delle norme di comportamento previste dal Modello, dal Codice Etico e dalle relative Procedure aziendali, tali da provocare grave nocumento morale o materiale alla Società e tali da non consentire la prosecuzione del rapporto neppure in via temporanea, quale l'adozione di comportamenti che integrano uno o più fatti illeciti che rappresentino presupposti dei Reati, ovvero a titolo di esempio:

- a. Infrazione dolosa delle norme aziendali emanate ai sensi del D. Lgs. 231/2001 di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi penali o pecuniari o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.
- b. Compimento doloso di atti non dovuti od omissione di atti dovuti ai sensi del Modello o delle relative Procedure, che abbia causato, al termine di un processo giudiziario, la condanna della Società a pene pecuniarie e/o interdittive per aver compiuto i reati previsti dal D. Lgs. 231/2001.
- c. Infrazione dolosa di Procedure Aziendali e/o del sistema dei controlli interni di gravità tale, o per la dolosità del fatto o per i riflessi tecnico organizzativi, legali, economici o reputazionali o per la recidività o per la sua particolare natura, da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro, e da non consentire comunque la prosecuzione nemmeno provvisoria del rapporto stesso.

**5.5 Misure nei confronti dei medici**

Particolare rilievo assume, all'interno delle strutture organizzative di ospedalità privata, la figura del medico libero professionista che presta la propria opera professionale all'interno dell'istituto di cura, in ragione di un contratto di incarico libero professionale.

I contratti di incarico libero professionale attualmente sottoscritti tra l'IOG e i medici prevedono l'assunzione di responsabilità da parte del medico contraente in merito all'assoluta osservanza dei principi contenuti nel Codice Etico e nel Modello di Organizzazione e Controllo ex D.Lgs.231/01 adottati dall'IOG , nonché delle Procedure previste dal Modello stesso e ad esso allegate.

L'osservanza, da parte del medico libero professionista, dei principi e delle procedure contenute nel Modello nell'espletamento dell'incarico lui assegnato rappresenta una delle condizioni



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

indispensabili ai fini dell'erogazione della componente variabile della remunerazione stabilita per lo stesso, come previsto dall'art. 7 del contratto.

La decurtazione della parte variabile della remunerazione del medico verrà effettuata a seguito del ricevimento da parte di quest'ultimo di un richiamo scritto da parte del DS dell'ISTITUTO che presuppone una violazione colposa del Modello.

La grave negligenza nel rispetto dei principi e delle procedure contenuti nel Modello e la recidiva commissione di infrazioni individua, invece, una clausola risolutiva del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., come previsto all'art. 9 dello stesso, fatta salva, in ogni caso, la facoltà di richiesta di risarcimento da parte dell'ISTITUTO qualora le suddette violazioni possano arrecare ad esso danni concreti.

#### **5.6 Misure nei confronti dei collaboratori esterni**

La violazione del Modello da parte di collaboratori esterni della società può determinare, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole contrattuali contenute nelle lettere di incarico o negli accordi di convenzione, la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 c.c., fatta salva la facoltà di richiesta del risarcimento qualora le suddette violazioni possano arrecare danni concreti alla società.

Conseguentemente, in tutti i rapporti nei confronti di tali soggetti devono prevedersi, laddove possibile, specifiche clausole risolutive all'interno dei contratti di fornitura e collaborazione o lettere di incarico, nonché clausole di risarcimento del danno e manleva.

A tal fine, il Modello e il Codice Etico dovranno essere consegnati a tutti i collaboratori esterni della società, con apposita accompagnatoria firmata per ricevuta e presa d'atto.

#### **5.7 Misure nei confronti dei fornitori**

La violazione del Modello da parte di fornitori della società può determinare la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 c.c.



**6. REGOLE DI COMPORTAMENTO E CODICE ETICO**

La società provvede a predisporre apposite regole di condotta e un Codice Etico che costituiscono parte integrante del presente Modello e della normativa aziendale.

Le regole di condotta devono ritenersi vincolanti per i comportamenti posti in essere da tutti i destinatari del Modello e sono suscettibili di modifiche e/o integrazioni in ragione dell'evoluzione delle norme di legge e delle mutate esigenze aziendali.



## **7. DIFFUSIONE E FORMAZIONE SUL MODELLO**

Ai fini dell'efficacia del presente Modello deve essere svolta un'adeguata attività di diffusione, informazione e formazione nei confronti di tutto il personale della società, per favorire la conoscenza di quanto previsto dal Decreto 231/2001 e dal Modello adottato nelle sue diverse componenti (mappatura delle aree/attività a rischio di reato, normativa e/o procedure che regolamentano le attività sensibili, Organismo di Vigilanza, flussi informativi e segnalazioni da parte e all'Organismo di Vigilanza, sistema disciplinare, Codice Etico, ecc.).

### **7.1 *Diffusione e Informazione sul Modello***

Al Modello sarà garantita la massima diffusione e pubblicità mediante la pubblicazione della Parte Generale dello stesso e del Codice Etico sul sito *Internet* dell'ISTITUTO.

Tutto il personale deve essere informato sul contenuto del Decreto 231/2001 e del Modello tramite Circolari interne, pubblicate nella rete *Intranet* Aziendale (ove disponibile), con area specificamente dedicata al D. Lgs. 231/2001, dove dovrà essere di immediata consultazione anche il presente Modello.

I documenti presenti in tale spazio devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni delle normative esterne e del Modello stesso.

La componente del Modello relativa al Sistema Disciplinare e Sanzionatorio dovrà inoltre essere esposta nelle bacheche aziendali, così come previsto dall'art 7 dello Statuto dei Lavoratori, Legge 20 Maggio 1970, n. 300.

Alle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL verrà inviata copia del Modello tramite raccomandata A.R.

Ai nuovi assunti deve essere consegnato un *set* informativo, con il quale assicurare loro le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tale *set* informativo deve contenere, oltre ai documenti di norma consegnati al neo-assunto, il Codice Etico, il Modello e il D. Lgs. 231/2001. I dipendenti sono tenuti a rilasciare a IOG una dichiarazione sottoscritta, ove si attesti la ricezione del *set* informativo nonché l'impegno ad osservarne le prescrizioni.

Il Medico libero professionista è tenuto a rilasciare a IOG dichiarazione sottoscritta dell'avvenuta ricezione del Modello, del Codice etico e delle Procedure e dell'impegno alla completa osservanza, nell'espletamento delle proprie funzioni, delle norme e dei principi in essi contenute.

E', inoltre, necessario prevedere analogha informativa e pubblicità del Modello per i collaboratori esterni (ad esempio, consulenti), nonché per i collaboratori a contratto, cosiddetti parasubordinati, e *outsourcer*, secondo modalità differenziate, in relazione alla possibilità di accesso alla normativa aziendale, piuttosto che attraverso consegna cartacea del Modello e del Codice Etico (con ricezione di presa visione) ed eventualmente distinguendo, in relazione alla tipologia di rapporto contrattuale e alla tipologia di attività svolta in relazione ai rischi di reato presupposto del D. Lgs. 231/2001.

### **7.2 *Formazione sul Modello***

Al fine di garantire l'effettiva conoscenza del Modello, una volta che è stato diffuso e consegnato, e sensibilizzare il personale sul rispetto della normativa e sull'osservanza dei principi e delle procedure in esso contenute, devono essere previste specifiche attività formative definite all'interno di apposito e organico piano formativo. Tale Piano dovrà essere articolato attraverso specifiche attività (ad esempio, corsi, seminari, ecc...) a cui è posto l'obbligo di



## **ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI**

### **Modello di Organizzazione Gestione e Controllo**

partecipazione. Tali iniziative dovranno essere differenziate, in relazione ai contenuti e alle modalità di diffusione, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell'area in cui operano, dell'aver o meno funzioni di rappresentanza della società.

La partecipazione alle attività di formazione previste dal suddetto Piano rappresenta una condizione essenziale non solo a garanzia dell'effettiva attuazione del Modello, ma anche ai fini della corretta osservanza dello stesso, anche in relazione a quanto previsto dal sistema sanzionatorio (di cui al capitolo 5 del presente Modello).

Per quanto riguarda il personale medico a contratto libero professionale, essa costituisce inoltre uno dei parametri qualitativi per l'erogazione della parte variabile della retribuzione.

La formazione è obbligatoria per tutti i livelli aziendali. Deve essere rilevata attestazione di frequenza dei corsi.

E' compito dell'Organismo di Vigilanza pianificare adeguatamente, con la funzione aziendale preposta, l'attività di formazione dei dipendenti, dei medici liberi professionisti e del *management* dell'IOG sui contenuti del Codice Etico, del Modello e delle relative procedure operative, sulle modalità di attuazione ad esse relative, sul livello di rischio di ogni singola area aziendale e sul sistema sanzionatorio previsto in caso di mancata osservanza dei suddetti documenti di *governance* aziendali.

La formazione ed i relativi contenuti devono essere articolati secondo moduli distinti per **destinatari** in relazione al livello e ruolo organizzativo:

- per **responsabilità** (dirigenti, medici, responsabili di struttura organizzativa, risorse con deleghe specifiche, altri dipendenti), anche da erogare secondo una logica "a cascata" al fine di garantire adeguato e pervasivo processo di trasmissione della conoscenza;
- per **ruolo professionale** in relazione alle attività svolte, con particolare riguardo ai ruoli che svolgono attività specifiche o "sensibili" ai sensi del D. Lgs. 231/2001 (componenti dell'Organismo di Vigilanza e collaboratori, ruoli di controllo interno, controllo dei rischi operativi, ecc.);
- **neoassunti e nuovi incarichi**: particolare attenzione deve essere dedicata sia ai nuovi assunti (deve essere previsto modulo formativo in materia da includere nel set formativo iniziale obbligatorio), sia al personale destinato a ricoprire nuovi incarichi/ruoli, in particolare se relativi a ruoli/attività specifiche o "sensibili".

La formazione deve prevedere i seguenti contenuti:

- una **parte comune** per tutti i destinatari, avente ad oggetto la normativa di riferimento, il Modello e il suo funzionamento;
- una **parte speciale**, con riferimento a specifici e ben determinati ambiti operativi. Essa deve essere finalizzata a diffondere la conoscenza dei reati, le fattispecie configurabili e i presidi specifici delle aree di competenza dei singoli operatori.

I contenuti formativi devono essere opportunamente aggiornati in relazione alle evoluzioni della normativa e del Modello; nel caso di aggiornamento significativo della normativa di riferimento, la formazione deve prevedere le necessarie integrazioni.

E' compito dell'Organismo di Vigilanza verificare la completa attuazione del piano di formazione, raccogliere le evidenze relative all'effettiva partecipazione ai corsi e conservarle negli appositi archivi, nonché effettuare controlli periodici sul grado di conoscenza da parte dei dipendenti del D. Lgs. 231/2001, del Modello e delle procedure aziendali.