

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO
D. Lgs. n. 231/01**

PARTE GENERALE

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO

La responsabilità amministrativa dell'ente d.lgs. 231/01: considerazioni introduttive del quadro normativo.

Il d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, entrato in vigore il 4 luglio 2001, ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento giuridico il principio della responsabilità delle persone giuridiche in materia penale. E' stata infatti configurata a carico dell'ente una peculiare forma di responsabilità, nominalmente amministrativa, dipendente da reati, tassativamente elencati dal legislatore, quali illeciti presupposto, commessi da soggetti appartenenti ai vertici aziendali o anche da dipendenti.

In altri termini, non si tratta di una vera e propria responsabilità penale dell'ente, tuttavia l'accertamento dell'illecito amministrativo a carico dell'ente e le relative sanzioni sono attribuite al giudice penale.

Innovativo è anche il sistema sanzionatorio. La normativa prevede delle *quote* che rappresentano il meccanismo con cui viene quantificata la sanzione pecuniaria prevista dall'art. 11 d.lgs. 231/01.

Per ogni illecito il giudice può scegliere quante quote applicare (minimo 100, massimo 1.000) e può determinare il valore della singola quota, che va da un minimo di 258 euro a un massimo di 1.549 euro; salvo i casi di riduzione della sanzione pecuniaria ove l'importo della quota è sempre pari a 103 euro: art. 11 comma 3° e art. 12 d.lgs. 231/01.

Il giudice può decidere in base a questi elementi: gravità del fatto; grado di responsabilità dell'ente; attività svolta per eliminare o attuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti, tenendo conto della condizione economica dell'ente.

Oltre alle sanzioni di tipo pecuniario vi sono sanzioni interdittive previste dall'art. 9 d.lgs. 231/01

quali: l'interdizione, definitiva o temporanea, dall'esercizio dell'attività; la sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito; divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio; esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi; il divieto, temporaneo o definitivo, di pubblicizzare beni o servizi.

Infine, vi sono due ulteriori sanzioni, quali la confisca e la pubblicazione della sentenza.

L'aspetto punitivo, peraltro, è temperato dalla previsione di particolari meccanismi che comportano l'esonero da responsabilità per l'ente, incentrati sull'adozione di determinati modelli di organizzazione e gestione aziendale.

I reati che danno luogo alla responsabilità amministrativa dell'ente sono, allo stato, un numero ben definito. Tuttavia il sistema è costruito in modo da consentire l'estensione della disciplina sulla responsabilità dell'ente ad ulteriori fattispecie di reato.

Ai fini della responsabilità dell'ente è necessario che i reati, commessi dalle persone fisiche (chi amministra, dirige, rappresenta o che esercita, anche di fatto, la gestione e il controllo o anche coloro che sono sottoposti alla direzione o vigilanza dei soggetti sopra indicati e cioè i lavoratori subordinati), siano commessi nell'interesse o a vantaggio dell'ente stesso.

I due termini, interesse e vantaggio, sono inquadrabili in un contesto non strettamente economico e sotto il profilo soggettivo sono riconducibili ad una sorta di *colpa di organizzazione*: occorre che il fatto-reato sia espressione di un deficit di organizzazione e quindi rimproverabile all'ente.

In sintesi, si esclude la responsabilità dell'ente nel caso in cui questo, prima della commissione del reato, abbia adottato ed efficacemente attuato un idoneo modello di organizzazione volto a

prevenire la commissione dei reati presupposto.

Modello organizzativo che deve essere approvato con delibera del consiglio di amministrazione e che deve tradursi in un sistema operativo dotato di sensori per tener sotto controllo il rischio reato.

Pertanto, all'ente viene richiesta l'adozione di modelli comportamentali costruiti tenendo conto del rischio reato, calibrati in modo tale da evitare la realizzazione di determinate condotte illecite: si sottolinea non una mera adozione, posto che l'esenzione da responsabilità dell'ente consegue solo ad una efficace ed effettiva attuazione del modello organizzativo adottato.

L'efficace ed effettiva attuazione del modello si ottiene attraverso l'analisi di un insieme di regole che si ottiene strutturando il modello attraverso:

a) mappatura delle aree aziendali a rischio: al fine di dare pratica attuazione al modello questa fase deve essere svolta attraverso interviste e conseguenti verbali per dare prova dell'esistenza di un modello "sartoriale" dell'ente; in altri termini si dovrà incrociare l'ipotesi di reato con le funzioni e le attività svolte attraverso procedure e protocolli operativi da verificare all'interno dell'ente al fine di dimostrare che la condotta del reo si sia svolta fraudolentemente rispetto alle procedure così da escludere il coinvolgimento dell'ente;

b) un codice etico che preveda norme comportamentali e sanzioni disciplinari;

c) da un organo di vigilanza che abbia i requisiti dell'autonomia e indipendenza al fine di vigilare, in posizione di terzietà, sul modello organizzativo, con relativi poteri di iniziativa e di controllo. I poteri dell'organo di vigilanza sono poteri ispettivi che esercita con modalità stabilite da regolamento (ad es. per ogni ingresso nell'ente deve essere redatto verbale sottoscritto dai presenti), poteri di accesso alle informazioni e documenti nonché poteri di controllo sulle deleghe e procure e delle

procedure operative.

La nomina dell'organo di vigilanza deve essere fatta dall'organo di vertice dell'ente e la giurisprudenza ha, inoltre, ribadito l'esigenza di scegliere il tipo di composizione, mono o plurisoggettiva, anche in relazione alle dimensioni aziendali. Va precisato che i poteri dell'organo di vigilanza sono preordinati alla verifica dell'effettiva osservanza da parte dei soggetti (picali e dipendenti) delle specifiche procedure stabilite nel modello e non vi è pertanto alcuna interferenza con i poteri di gestione dell'ente: non gli competono poteri di gestione, organizzativi né sanzionatori.

Tuttavia è necessario che siano comunicate all'organo di vigilanza, anche con mail dedicate, le ispezioni degli enti sovraordinati (Carabinieri, Guardia di Finanza, Carabinieri, Polizia di Stato, ASL etc.), le denunce e il contenzioso dell'ente, le variazioni alle procedure e/o protocolli del modello, con particolare riguardo al coordinamento tra organo di vigilanza e le figure che rivestono funzioni di controllo esistenti nell'ente nonché con le persone deputate alle funzioni interessate dalle attività a rischio reato: ad es. revisore dei conti e responsabile del servizio di prevenzione e protezione, rappresentante della sicurezza dei lavoratori, organo dirigente. La comunicazione tra ente e organo di vigilanza riveste fondamentale importanza per l'attuazione concreta del modello. I flussi d'informazione per la loro grande rilevanza devono essere resi noti anche tramite la diffusione del modello stesso ai dipendenti dell'ente anche con una definizione di programmi di formazione del personale.

Nell'anno 2012 è intervenuta una **circolare della Guardia di Finanza, (circolare n.83607/2012)**, che ha introdotto un protocollo di tecniche di indagini su tutto il territorio italiano, espressamente

dedicata ai reati presupposto previsti dal d.lgs n. 231/01. In particolare il percorso operativo dell'attività della polizia giudiziaria è incentrato su determinati passaggi che in breve si riassumono:

- individuare la sussistenza di un concreto vantaggio e interesse per l'ente (art.5 D.L.vo n. 231/01 *“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). L'ente non risponde se le persone indicate nel comma 1 hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.”*);
- individuare gli autori delle illecite condotte ed acquisire ogni utile elemento di prova e di supporto in ordine alla volontà e alla rappresentazione del fatto-reato che caratterizza la condotta dell'agente, ciò per valutare se la persona fisica abbia agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi: per cui l'ente non è responsabile;
- verifica dell'idoneità dei modelli di gestione adottati dall'ente per escludere la propria responsabilità (art.6 comma 1° D.L.vo n. 231/01 *Se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'art.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 l'osservanza dei modelli di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di

controllo;

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) .

Nel caso in cui autore del reato sia soggetto "apicale" l'ente dovrà provare l'idoneità del modello a prevenire il reato, dimostrando la concreta adozione dello stesso in ambito delle procedure decisionali, con evidente inversione dell'onere della prova. Qualora il reato sia commesso da soggetti sottoposti, l'onere probatorio si sposterà a carico degli organi inquirenti.

Con specifico riguardo al modello organizzativo la circolare della Guardia di Finanza prevede come *"in primis, dunque, l'attività investigativa dovrà essere indirizzata sul modello, sul suo contenuto dichiarativo e descrittivo; in secondo luogo, l'indagine dovrà focalizzarsi sull'efficacia del modello ...verificare la conformità dei comportamenti concreti rispetto alle regole del modello...";* prosegue poi, sempre la circolare della Guardia di Finanza *" il corretto ed efficace svolgimento dei compiti affidati all'organo di vigilanza sono presupposti indispensabili per l'esonero della responsabilità dell'ente".*

In ambito di modelli di organizzazione e di gestione la normativa prevede come gli stessi devono rispondere alle seguenti esigenze:

1) comma 2° dell'art.6 D.L.vo n. 231/01:

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 l'osservanza dei modelli;*
- e) *introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.*

2) comma 3° dell' art. 7 D.L.vo n. 231/01:

Il modello prevede, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

3) comma 4° art.7 D.L.vo n. 231/01:

L'efficace attuazione del modello richiede:

- a) *una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;*
- b) *un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.*

Reati presupposto della responsabilità dell'ente

Il d.lgs. n. 231/01 alla sezione III intitolata *Responsabilità amministrativa da reato* introduce dall'art. 24 e seguenti un elenco di reati che negli anni è stato aggiornato dal legislatore.

a. Reati commessi nei rapporti con la Pubblica Amministrazione (art. 24):

- Malversazione a danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 316-bis c.p.);
- Indebita percezione di contributi, finanziamenti o altre erogazioni da parte dello Stato o di altro ente pubblico o delle Comunità europee (art. 640 comma 2, n. 1, c.p.);
- Truffa in danno dello Stato o di altro ente pubblico o delle Comunità europee (art. 640-bis c.p.);
- Frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 640-bis c.p.).

b. Reati commessi nei rapporti con la Pubblica amministrazione (art. 25):

- corruzione per un atto d'ufficio (art. 318 c.p.);
- pene per il corruttore (art. 321 c.p.);
- corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);
- circostanze aggravanti (art. 319-bis c.p.);
- corruzione in atti giudiziari (art. 319-ter c.p.);
- istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
- concussione (art. 317 c.p.)

c. Inosservanza delle sanzioni interdittive (art. 23).

Anche il delitto di cui all'art. 23, comma 1, del Lgs. n. 231/01 è un reato presupposto dalla cui commissione consegue la responsabilità amministrativa dell'ente ex commi 2 e 3 del citato articolo.

La successiva implementazione del novero dei reati presupposto

Successivamente, e a più riprese, il legislatore ha ampliato la lista dei cc.dd. reati-presupposto,

che a tutt'oggi, per comodità espositiva, possono essere compresi nelle seguenti categorie:

a. Delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis):

- Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria (art. 491-bis c.p.);
- Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico (art. 615-ter c.p.);
- Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615-quater c.p.);
- Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art. 615-quinquies c.p.);
- Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quater c.p.);
- Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni informatiche o telematiche (art. 615-quinquies c.p.);
- Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635-bis c.p.);
- Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635-ter c.p.);
- Danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635-quater c.p.);
- Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635-quinquies c.p.);
- Frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640-quinquies c.p.).

b. Delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter)

- Associazione per delinquere (art. 416 c.p., ad eccezione del sesto comma);
- Associazione a delinquere finalizzata alla riduzione o al mantenimento in schiavitù, alla tratta di

persone, all'acquisto e alienazione di schiavi ed ai reati concernenti le violazioni delle disposizioni sull'immigrazione clandestina di cui all'art. 12 del d.lgs. n. 286/1998 (art. 416, sesto comma, c.p.);

- Associazione di tipo mafioso (art. 416-bis c.p.);
- Scambio elettorale politico-mafioso (art. 416-ter c.p.);
- Sequestro di persona a scopo di estorsione (art. 630 c.p.);
- Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 del D.P.R. n. 309/1990);
- Illegale fabbricazione, introduzione nello Stato, messa in vendita, cessione, detenzione e porto in luogo pubblico o aperto al pubblico di armi da guerra o tipo guerra o parti di esse, di esplosivi, di armi clandestine nonché di più armi comuni da sparo (art. 407, comma 2, lett. a), numero 5), c.p.p.).

L'introduzione del reato di associazione per delinquere ex art. 416 c.p. quale reato presupposto della responsabilità amministrativa degli enti, svincolato dal carattere della transnazionalità, ha ed avrà conseguenze nella prevenzione e nel contrasto non solo della criminalità organizzata. Infatti, con tale estensione normativa è ora possibile, non solo in via astratta, applicare la disciplina del d.lgs. n. 231/01 con riguardo a quei reati che, pur non rientrando nella categoria dei reati presupposto (es. reati tributari, usura, abusiva attività di intermediazione finanziaria...) potrebbero costituire i delitti-fine di un'associazione per delinquere.

c. Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (art. 25-bis):

- Falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete

falsificate (art. 453 c.p.);

- Alterazione di monete (art. 454 c.p.);

- Spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate (art. 455 c.p.);

- Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede (art. 457 c.p.);

- Falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art. 459 c.p.);

- Contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (art. 460 c.p.);

- Fabbricazione o detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata (art. 461 c.p.);

- Uso di valori di bollo contraffatti o alterati (art. 464 c.p.);

- Contraffazione, alterazione o uso di marchi o segni distintivi ovvero di brevetti, modelli e disegni (art. 473 c.p.);

- Introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi (art. 474 c.p.).

d. Delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis):

- Turbata libertà dell'industria o del commercio (art. 513 c.p.);

- Frode nell'esercizio del commercio (art. 515 c.p.);

- Vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine (art. 516 c.p.);

- Vendita di prodotti industriali con segni mendaci (art. 517 c.p.);

- Fabbricazione e commercio di beni realizzati usurpando titoli di proprietà industriale (art. 517-ter c.p.);

- Contraffazione di indicazioni geografiche o denominazioni di origine dei prodotti agroalimentari (art. 517-quater c.p.);
- Illecita concorrenza con minaccia o violenza (art. 513-bis c.p.);
- Frodi contro le industrie nazionali (art. 514).

e. Reati societari (art. 25-ter):

- False comunicazioni sociali (art. 2621 c.c.);
- False comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori (art. 2622, comma 1 e 3, c.c.);
- Impedito controllo (art. 2625, comma 2, c.c.);
- Formazione fittizia del capitale (art. 2632 c.c.);
- Indebita restituzione di conferimenti (art. 2626 c.c.);
- Illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 c.c.);
- Illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 c.c.);
- Operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 c.c.);
- Indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 c.c.);
- Illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 c.c.);
- Aggiotaggio (art. 2637 c.c.);
- Omessa comunicazione del conflitto d'interessi (art. 2629-bis c.c.);
- Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638, comma 1 e 2, c.c.);

f. Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali, nonché delitti che siano comunque stati posti in essere in

violazione di quanto previsto dall'art. 2 della Convenzione internazionale per la repressione del finanziamento del terrorismo, fatta a New York il 09/12/1999 (art. 25-quater).

g. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583-bis c.p.) (art. 25-quater).

h. Delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinquies):

- Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù (art. 600 c.p.);
- Prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.);
- Pornografia minorile (art. 600-ter c.p.);
- Detenzione di materiale pornografico (art. 600-quater);
- Pornografia virtuale (art. 600-quater 1 c.p.);
- Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-quinquies c.p.);
- Tratta di persone (art. 601 c.p.);
- Acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 c.p.).

i. Reati di abuso di mercato (art. 25-sexies):

- Abuso di informazioni privilegiate (d.lgs. 24.02.1998, n. 58, art. 184);
- Manipolazione del mercato (d.lgs. 24.02.1998, n. 58, art. 185).

j. Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con

violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro

(art. 25-septies):

- Omicidio colposo (art. 589 c.p.);
- Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.).

k. Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25-

octies):

- Ricettazione (art. 648 c.p.);
- Riciclaggio (art. 648-bis c.p.);
- Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 648-ter c.p.).

Con tale norma è stata estesa la responsabilità amministrativa degli enti a tutte le condotte di riciclaggio/reimpiego a decorrere dal 30 aprile 2008.

I. Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies):

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, L. n. 633/1941 comma 1 lett a) bis);
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, L. n. 633/1941 comma 3);
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis L. n. 633/1941 comma 1);
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis L. n. 633/1941 comma 2);

- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter L. n. 633/1941);
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies L. n. 633/1941);
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies L. n. 633/1941).

m. Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies):

- Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 377-bis c.p.).

n. Reati ambientali (art. 25-undecies):

- Uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette (art. 727-bis c.p.);
- Distruzione o deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto (art. 733-bis c.p.);
- Reati ambientali in tema di scarichi di acque reflue industriali (art. 137, commi 2, 3 e 5, del d.lgs n. 152/2006);
- Attività di gestione di rifiuti non autorizzata (art. 256, commi 1 e 3, del d.lgs n. 152/2006);
- Bonifica dei siti (art. 257, commi 1 e 2, del d.lgs n. 152/2006);
- Violazione degli obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (art. 258, comma 4, secondo periodo, del d.lgs n. 152/2006);
- Traffico illecito di rifiuti (art. 259, comma 1, del d.lgs n. 152/2006);
- Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti (art. 260, commi 1 e 2, del d.lgs n. 152/2006);
- Sistema informativo di controllo della tracciabilità dei rifiuti [art. 260-bis, commi 6, 7 (secondo e terzo periodo), 8 (primo e secondo periodo), del d.lgs n. 152/2006];
- Violazioni in tema di emissione o in assenza delle prescrizioni stabilite dall'autorizzazione concessa (art. 279, comma 5, del d.lgs n. 152/2006);
- Reati relativi all'applicazione in Italia della convenzione sul commercio internazionale delle specie animali e vegetali in via di estinzione (artt. 1, commi 1 e 2, 2, commi 1 e 2, 6, comma 4, 3 bis, comma 1, della L. n. 150/1992);
- Cessazione e riduzione dell'impiego delle sostanze lesive (art. 3, comma 6, del L. n. 549/1993);
- Inquinamento colposo e doloso (artt. 8, commi 1 e 2, 9, commi 1 e 2, del d.lgs n.

202/2007).

o. Impiego di lavoratori irregolari (art. 25-duodecies)

Tale articolo è stato aggiunto dal d.lgs. 109/2012 in attuazione della direttiva 2009/52/CE. Prevede una sanzione pecuniaria (da 100 a 200 quote, entro il limite dei 150 mila euro - commisurata alla gravità del fatto, al grado di responsabilità dell'ente nonché dell'attività svolta per eliminare o attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti) per i datori che occupano più di tre lavoratori irregolari, oppure lavoratori minori in età non lavorativa o ancora lavoratori sottoposti a particolari condizioni di sfruttamento lavorativo.

Alla sanzione pecuniaria, nelle medesime ipotesi, si aggiungono le pene previste dal Testo unico sull'immigrazione, che, in forza del d.lgs. 109/2012, all'art. 22, comma 12 bis, prevede un aumento delle stesse da un terzo alla metà.

Delibera Giunta Regione Lombardia n. IX/3540 del 30.05.2012: introduzione del modello organizzativo gestionale di controllo quale requisito trasversale di accreditamento per le unità di offerta socio-sanitarie.

L'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/01 da parte della Regione Lombardia ai soggetti gestori di unità di offerta sociosanitarie residenziali è stato introdotto dalla delibera di Giunta Regionale n. IX/3540 del 30.05.2012, e successive modificazioni ed integrazioni (in particolare, la D.G.R. n. X/1185 del 20/12/2013).

La Regione Lombardia intende l'applicazione del modello organizzativo come ulteriore garanzia dell'efficienza e della trasparenza dell'operato sia della Regione che dell'ente accreditato, con lo scopo di migliorare l'organizzazione e l'efficienza di funzionamento.

L'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui al d.lgs. n. 231/01 deve essere garantito entro la data del 31.12.2014 dai soggetti gestori di una o più unità d'offerta socio sanitarie, accreditate e a contratto, anche di diversa tipologia, che complessivamente garantiscano una capacità contrattuale pari o superiore a 800.000 euro annui.

Il modello organizzativo si articola in due parti: generale e speciale. Il modello organizzativo parte generale descrive la disciplina di riferimento, l'assetto organizzativo dell'ente, il sistema di Governance (tra cui il sistema disciplinare), prevede inoltre un'attività di formazione dei dipendenti.

La parte speciale si articola in presidi come procedure, protocolli, ordini di servizio specificamente adottati per la gestione del rischio di commissione di reati di cui all'elenco del d.lgs. n. 231/01; la Regione Lombardia specifica poi il riferimento ad aree caratteristiche e riporta le seguenti aree a titolo esemplificativo: (*es. flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli ospiti, salute e sicurezza sul posto del lavoro, smaltimento rifiuti ecc.*).

In particolare si evidenzia come la cura dell'ospite integri una sorta di colpa professionale che non è prevista nell'elenco dei reati presupposto.

In ogni caso la parte speciale si dovrà completare con la mappatura delle aree a rischio e la Regione Lombardia prevede in ordine alla valutazione del rischio:

- *l'analisi delle funzioni e le attività svolte esaminate secondo l'esposizione al rischio "231"*
- *l'analisi delle voci di conto economico e patrimoniali che fungono da "sensore" del livello di criticità dei processi strumentali...come ad es . gli acquisti dei beni e servizi, i finanziamenti in varia forma che provengono dalla Pubblica Amministrazione, l'affidamento di incarichi di consulenza, gli incarichi a dipendenti pubblici ed incaricati di pubblico servizio, le spese di*

rappresentanza degli amministratori e degli apicali, gli omaggi, le assunzioni di personale e le collaborazioni a vario titolo.

Infine la Regione Lombardia ritiene come il modello organizzativo deve aderire ai seguenti principi informativi:

- *sistema organizzativo sufficientemente chiaro e formalizzato, soprattutto per quanto attiene l'attribuzione di responsabilità, le linee di dipendenza gerarchica e la descrizione dei compiti;*
- *separazioni di funzioni tra chi autorizza un'operazione e chi la contabilizza, la esegue operativamente e la controlla in coerenza con la dimensione e l'articolazione organizzativa dell'ente;*
- *assegnazione di poteri autorizzativi e di firma in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite,*
- *registrazione, autorizzazione e verifica di ogni operazione, e relativo controllo di legittimità, coerenza e congruenza.*

Quanto esposto deve essere oggetto di verifica da parte dell'organismo di vigilanza che la Regione Lombardia auspica in forma collegiale e con riguardo al funzionamento ne raccomanda la regolamentazione con apposito regolamento scritto.

L'organismo di vigilanza deve inviare entro il 28 febbraio di ogni anno all'ASL competente una relazione annuale dell'attività svolta anche con particolare riferimento al rispetto dei requisiti di esercizio ed accreditamento nonché della normativa regionale.

E' evidente che a fronte di quanto esposto all'organo di vigilanza dovranno essere inviati sempre

gli esiti dei verbali di vigilanza dell'ASL competente.

Infine il modello organizzativo comprende anche il Codice Etico.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E GOVERNANCE

1 - GOVERNANCE DELL'ENTE

Si descrive l'assetto organizzativo di fatto. Altri elementi si possono ricavare dalla documentazione ufficiale.

1.1 - Consiglio di Amministrazione

La Fondazione è retta dal Consiglio di Amministrazione composto da un minimo di cinque e da un massimo di nove membri, tutti nominati dal Sindaco di Grumello del Monte (deliberazioni n. 10 del 01/04/2014 e n. 24 del 24/07/2014).

Elegge al proprio interno il Presidente (deliberazione n. 11 del 01/04/2014) della Fondazione, legale rappresentante, e il Vice Presidente (deliberazione n. 12 del 01/04/2014), con funzioni vicarie, il tutto a norma di Statuto.

Il Consiglio di Amministrazione accentra ogni potere decisionale di natura amministrativa, compresi appalti e forniture e trattamento giuridico ed economico dei dipendenti.

1.2 - Presidente

Il Presidente (Cottini Alessandro), oltre alla legale rappresentanza e alle funzioni statutarie, cura tutti i rapporti istituzionali, in special modo quelli con la Regione e con l'Asl, riferendo poi al Consiglio, che assume la decisione finale in merito ad esempio, a nuove unità operative, accreditamenti, contrattualizzazioni ecc. Nella gestione dei rapporti con l'Asl, il Presidente si avvale del supporto professionale del Direttore (Chiari Massimiliano).

Lo stesso Presidente, quale "datore di lavoro", è al vertice del sistema Salute e Sicurezza dei

lavoratori (d.lgs. 81/08), supportato dalle figure previste dalla norma vigente, fra il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con il relativo responsabile (Trapletti Andrea), il medico competente (Scatena Loreno). Per gli interventi significativi comportanti oneri economici riferisce al Consiglio per la decisione finale.

E' l'unica figura che può disporre pagamenti (con firma congiunta unitamente al Direttore), eccetto le piccole spese di competenza della "cassa contanti" (Scaburri Ilenia).

1.3 - Vice Presidente

Il Vice presidente, oltre alle funzioni vicarie del Presidente in caso di assenza, su richiesta del Presidente cura in ogni dettaglio i rapporti con fornitori, appaltatori di lavori, servizi e manutenzioni, di persona o avvalendosi del Direttore. Per le questioni di maggior rilievo riferisce al Consiglio, per la decisione finale.

1.4 - Direttore

Il Direttore (Chiari Massimiliano) è posto a capo dell'Ufficio Amministrativo e redige i verbali del Consiglio (deliberazione n. 22 del 30/05/2014).

Vengono a lui segnalati eventuali fatti di rilevanza disciplinare commessi dai dipendenti, per l'avvio del procedimento, previa autorizzazione scritta del Presidente.

1.5 – Responsabile Sanitario

Il Responsabile Sanitario (De Vitis Mariacristina) è la figura di vertice della Fondazione in ambito sanitario assistenziale, per quanto concerne le mansioni della sfera professionale medico – sanitarie (deliberazione n. 29 del 28/10/2014). I vari e articolati compiti sono descritti nel proprio contratto di lavoro libero professionale.

1.6 – Infermiere Coordinatore con incarico di posizione di “Coordinatore Responsabile dei servizi socio-sanitari della Fondazione”

L’Infermiere Coordinatore (Moioli Barbara) coordina la generalità del personale socio-sanitario della Fondazione, eccetto quello medico. I compiti specifici assegnati all’Infermiere Coordinatore sono dettagliati nella deliberazione n. 28 in data 28/10/2014 con la quale, fra l’altro, è stato approvato il contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato e l’incarico di responsabile di posizione organizzativa per il quinquennio 2015-2019.

2 - ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.1 - Unità di Offerta

La Fondazione dispone, alla data odierna, delle seguenti Unità di Offerta:

- a) **R.S.A.** per anziani non autosufficienti di complessivi n. 60 posti letto, autorizzati, accreditati e contrattualizzati con l’A.S.L. di Bergamo;
- b) **R.T.S. (reparto per i Ricoveri Temporanei di Sollievo)**, sempre per anziani non autosufficienti, autorizzati ma non accreditati/contrattualizzati dall’ASL di Bergamo (accoglie temporaneamente ospiti cosiddetti “solventi”, per un periodo limitato di degenza);
- c) **C.D.I.** per anziani non autosufficienti di complessivi n. 30 posti, autorizzati, accreditati e contrattualizzati con l’A.S.L. di Bergamo;
- d) **LA CASCINA**, servizio sociale (non socio-sanitario) di sollievo e di formazione all’autonomia (SFA) per disabili, per un numero complessivo di 24 posti, autorizzato ma non accreditato/contrattualizzato dall’ASL di Bergamo (la Fondazione riceve annualmente

per lo SFA un contributo dall'Ambito Territoriale di Grumello del Monte).

Gli addetti presso le varie Unità di Offerta sono in parte dipendenti della Fondazione (ASA nei Nuclei B e C della RSA, Infermieri Professionali diurni, fisioterapisti ed educatrici professionali, personale tecnico-amministrativo), in parte dipendenti/soci di Cooperative (Coop.va KCS Live per gli operatori ASA del Nucleo A e servizio di Guardia Notturna su tutta la RSA; Coop.va Grumello del Monte O.n.l.u.s. per gli operatori ASA ed Autisti del CDI-RTS, nonché per gli educatori della Cascina), in parte liberi professionisti (medici).

Gli addetti a ogni Unità di Offerta rispondono ai rispettivi coordinatori e responsabili medici, secondo la materia.

2.2 - Servizi a carattere generale

Le Unità di Offerta prima elencate vengono supportate dai seguenti servizi a carattere generale.

2.2.1 - Animazione

Eroga prestazioni ai residenti in R.S.A. e agli utenti del C.D.I.-R.T.S.

E' preposto un animatore coordinatore (Signorelli Lavinia), che risponde all'Infermiere Coordinatore (Moioli Barbara).

Per taluni tipi di spesa attinenti a questo servizio (feste, pranzi, gite, manifestazioni, Siae, cancelleria, materiale audiovisivo o simili) i rapporti con i fornitori sono intrattenuti dall'animatrice coordinatrice, escluso i pagamenti, effettuati nei modi consueti.

2.2.2 - Fisioterapia

Eroga prestazioni ai residenti in R.S.A. e agli utenti del C.D.I.-R.T.S.

E' preposto un fisioterapista coordinatore (Bonetti Luigi), che risponde all'Infermiere Coordinatore

(Moioli Barbara).

Per taluni tipi di spesa attinenti a questo servizio (piccoli presidi, materiale specifico di necessità della palestra) i rapporti con i fornitori sono intrattenuti dal fisioterapista coordinatore, escluso i pagamenti, effettuati nei modi consueti.

2.2.3 - Cucina

La Cucina prepara i pasti per gli utenti di tutte le Unità di Offerta della Fondazione.

Il servizio è appaltato alla società Markas S.r.l. di Bolzano (deliberazione n. 28 del 23/11/2013).

E' preposto un cuoco (Rinaldi Lucia, dipendente Markas), responsabile anche delle procedure HACCP.

L'acquisto delle derrate alimentari, la dotazione e manutenzione d'impianti, macchinari e attrezzature fanno capo alla società Markas s.r.l., come da contratto d'appalto.

Il magazzino delle derrate alimentari è di pertinenza della cucina.

2.2.4 - Servizio pulizia

Il servizio di pulizia di tutti gli ambienti della Fondazione è affidato in appalto alla società Markas S.r.l. di Bolzano (deliberazione n. 28 del 23/11/2013). Il coordinatore responsabile è la Sig.ra Angela Cambianica (dipendente Markas).

2.2.5 - Lavanderia

Il servizio di lavaggio e stiratura della biancheria piana (da letto) e delle divise del personale è affidato alla società Nuova Landeria Bettoni di Cerete (Bg), mentre gli indumenti personali degli ospiti vengono lavati e stirati internamente, attraverso un'operatrice dedicata (Pargoletti Maria Bambina). L'acquisto dei materiali di consumo (detersivi ecc.) e della biancheria, la dotazione e la

manutenzione d'impianti, macchinari e attrezzature fanno capo all'Ufficio Amministrativo.

Il deposito biancheria e detersivi è di pertinenza della Lavanderia interna.

2.2.6 – Manutentore – Magazzini generali

La Fondazione ha un operatore (Magni Emilio) addetto ai servizi di piccola manutenzione (quelli di più semplice soluzione, per i quali non è richiesto l'intervento di ditte esterne specializzate) che dipende direttamente dal Direttore.

Gli impianti elettrici, idro termo sanitari e quelli riguardanti la sicurezza dello stabile sono affidati a ditte esterne, che eseguono controlli periodici e intervengono per le manutenzioni non effettuabili da personale con abilità generiche.

2.2.7 - Farmacia

L'acquisto dei farmaci e la gestione del magazzino verrà assicurato (a partire dal 01/01/2015) dall'Infermiere Coordinatore, Sig.ra Barbara Moioli.

Lo stesso dipendente si occupa anche della custodia di farmaci, presidi medico chirurgici, etc., sotto l'esclusiva e diretta responsabilità del Responsabile Sanitario.

2.2.8 - Ufficio amministrativo

L'Ufficio amministrativo si articola in:

- Amministrazione generale (Chiari Massimiliano)
- Ufficio personale e rendicontazioni ASL (Marcandelli Laura)
- Segreteria e contabilità (Scaburri Ilenia)

Le rendicontazioni e ogni comunicazione con l'ASL sono firmate dal Presidente o dal Direttore o dal Responsabile Sanitario, a secondo dei rispettivi ambiti di competenza.

2.2.9 - Gestione del denaro (Banca)

La gestione del denaro (riscossioni e pagamenti) avviene esclusivamente per via bancaria. Gli ordini di pagamento e di incasso vengono predisposti dall'addetta alla contabilità (Scaburri Ilenia) e, per divenire efficaci, devono recare la firma congiunta del Presidente e del Direttore (o dei rispettivi sostituti: Vice Presidente e Dott.ssa Laura Marcandalli).

Costituiscono eccezione alla regola i pagamenti e riscossioni, entrambi di modico valore, affidati alla "Cassa contanti" interna (Scaburri Ilenia), di cui si tiene comunque dettagliata contabilità sottoposta trimestralmente alla verifica del Revisore dei Conti.

DIFFUSIONE E ADOZIONE DEL MODELLO E FORMAZIONE

Il modello organizzativo gestionale di controllo è approvato dal Consiglio di Amministrazione.

Copia del modello di organizzazione e di gestione è depositata sia presso la sede legale in Via Dr. L. Signorelli, 91/93 – Grumello del Monte (Bg).

Ai fini di rendere efficace e concreto il modello organizzativo gestionale è necessario individuare le metodologie di comunicazione dello stesso.

Si procederà con una comunicazione iniziale a tutti coloro che entreranno in contatto con la Fondazione (es. dipendenti, collaboratori, amministratori, fornitori, ecc.) mediante notifica a mano del MOG, oppure inviato anche via mail.

Entro 90 giorni dalla sua adozione, il Direttore, in stretto coordinamento con l'organismo di vigilanza, deve organizzare specifiche riunioni illustrative, tenuto conto delle specifiche competenze e attribuzioni rispetto alle aree a rischio reati.

Sarà garantita la massima diffusione e pubblicità anche nei seguenti modi:

- pubblicazione sul sito internet;
- affissione, mediante messa a disposizione in luogo accessibile a tutti i dipendenti, collaboratori e fornitori.

Ai fini dell'efficace attuazione del Modello, la formazione e l'informativa del personale sarà garantita dall'Organismo di Vigilanza, in stretto coordinamento con il Direttore, almeno una volta all'anno e ogni volta che se ne ravvisi la necessità, con riunione informativa finalizzata alla conoscenza del MOG e alle sue eventuali modifiche.

Il programma iniziale di formazione di tutto il personale (dipendenti e collaboratori a contratto)

riguarderà le nozioni di carattere generale sul d.lgs. n. 231/01, le fattispecie di reato presupposto, la valenza del modello di organizzazione e di gestione, codice etico, compiti e poteri e flussi informativi dell'Odv, sistema sanzionatorio.

La formazione è diretta ad illustrare la mappatura dei sensori rischio reato al fine di definire le specifiche criticità di ogni area e per proporre procedure di adeguamento per prevenire gli eventuali tentativi di violazione del modello.

La frequenza è obbligatoria e l'ufficio del personale è obbligato a conservare la documentazione dei corsi.

I nuovi contratti con i fornitori dovranno avere una clausola di conoscenza e rispetto del modello attuato e meccanismi sanzionatori (ad es. clausola risolutiva espressa, clausole penali ovvero in alternativa risarcimento del danno in caso di inosservanza).

ORGANISMO DI VIGILANZA

La composizione dell' Organismo di Vigilanza (ODV) è monocratico e dura in carica fino al 31.12.2016.

La scelta dell'organo monocratico è stata fatta in base al tipo di attività svolta dalla Fondazione, in quanto ONLUS, senza scopo di lucro, e per contenere i costi al fine di mantenere un equilibrio di bilancio e non pesare sulle rette degli ospiti.

E' stato riconfermato in qualità di ODV – come per gli anni precedenti - l'avvocato Gabriele Zucchinali.

Va osservato come i poteri di iniziativa e di controllo attribuiti per legge all'ODV siano da intendersi esclusivamente preordinati alla verifica dell'effettiva osservanza da parte dei soggetti (apicali, dipendenti, collaboratori, fornitori) delle specifiche procedure stabilite nel MOG e non vi è alcuna interferenza con i poteri di gestione attribuiti all'organo amministrativo.

L'ODV interviene con visite ispettive concordate o a sorpresa: il contenuto delle visite verrà verbalizzato e le copie conservate dall'ODV. Parimenti il Presidente, o un Consigliere, il Direttore, il Responsabile Sanitario o il Revisore dei Conti hanno facoltà di convocare in qualsiasi momento l'ODV: anche in questo caso le riunioni dovranno essere verbalizzate.

Obblighi di Informazione all'Organo di Vigilanza (art.6 comma 2°, lett. d))

Di rilievo sono i flussi informativi verso l'ODV che dovrà riportare il Consiglio di Amministrazione in ordine alle notizie relative a modifiche organizzative nel sistema di deleghe e procure; alle procedure relative a finanziamenti, mutui o erogazioni da enti pubblici; l'attivazione di nuove unità

di offerta socio sanitaria; bilancio annuale; le comunicazioni da parte del revisore dei conti relative ad ogni criticità emersa.

L'ODV deve, altresì, essere tempestivamente informato da tutti i destinatari del modello organizzativo e di gestione in ordine a condotte non conformi, anche potenziali, ai principi ed alle prescrizioni contenute nel modello organizzativo e di gestione, come ad es. omissioni, falsificazioni nelle procedure relative ai "sensori di reato" relative alle aree di competenza.

Altresì l'ODV dovrà essere informato su tutti i contratti in essere e sui contenziosi (in sede giudiziale ed extra) : provvedimenti provenienti da organi di polizia giudiziaria o da qualsiasi altra autorità fonte di indagini che interessano, anche indirettamente, l'ente, il suo personale, collaboratori e tutte le figure apicali; le notizie relative ai procedimenti disciplinari in corso ed alle eventuali sanzioni irrogate ovvero la motivazione dell'archiviazione; segnalazioni in ordine alle violazioni o al rischio di violazioni connesse alla salute e alla sicurezza dei lavoratori.

In particolare l'ODV dovrà conoscere i verbali di ispezione dell'ASLI in ordine alle unità di offerta socio sanitaria, anche in conformità con la DGR n.3540/2012, la quale prevede la relazione scritta annuale dell'ODV, con particolare riferimento al rispetto dei requisiti richiesti in materia di esercizio di accreditamento nonché della normativa regionale, da trasmettere al Consiglio di Amministrazione e al Revisore dei Conti (indicando i controlli e le verifiche effettuate, l'esito delle stesse, l'eventuale aggiornamento della mappatura, le segnalazioni ricevute, le azioni correttive, necessarie o eventuali, da apportare, la rilevazione di carenze organizzative o procedurali tali da esporre la società al pericolo che siano commessi i reati presupposto, la mancata collaborazione da parte dei destinatari del modello).

I flussi informativi avverranno tramite mail dedicate o comunicazioni scritte presso la sede dell'ente ed indirizzate all'ODV.

La gestione delle informazioni ricevute sono valutate dall'ODV, insieme al Direttore e al Presidente del Consiglio di Amministrazione, e ove necessario si dovrà procedere ad attività ispettiva, ricorrendo all'apporto anche di professionisti esterni, qualora il caso richieda competenze specifiche.

L'ODV è chiamato al rigoroso rispetto delle norme etiche e comportamentali di carattere generale di cui al Codice Etico.

SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

Premessa

Il modello di organizzazione e di gestione per essere efficacemente attuato deve prevedere un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure in esso indicate.

Il presente sistema disciplinare è adottato ai sensi dell'art.6, comma 2, lett. e) e art.7, comma 4, lett. b) del d.lgs.n. 231/01 e costituisce, unitamente ad altre statuizioni contenute nei predetti articoli, la condizione senza la quale non si ottiene l'esenzione da responsabilità dell'ente in caso di commissione dei reati presupposto di cui al Decreto.

Si precisa come il modello e il Codice Etico costituiscono regole vincolanti per i destinatari, dipendenti e collaboratori, la cui violazione deve essere sanzionata indipendentemente dall'effettiva realizzazione o dal tentativo di reato presupposto.

Principi generali relativi alle sanzioni

In questa sezione del modello si descrivono i principi delle sanzioni irrogabili e la procedura per la contestazione ed irrogazione delle sanzioni, ai dipendenti e ai collaboratori.

Nel rispetto delle norme e disposizioni vigenti in materia si assicura come le fasi del procedimento disciplinare per i dipendenti della Fondazione, in caso di violazione del Codice Etico e del Modello Organizzativo e di gestione segue il CCNL Enti Locali e Regione a cui si fa riferimento, riferito al contratto in vigore.

I principi generali relativi alle sanzioni applicabili, sia ai dipendenti che ai collaboratori, sono determinate in proporzione alla gravità delle violazioni, tenuto conto:

- **rilevanza oggettiva delle regole violate:** comportamenti che possono compromettere, anche

solo potenzialmente, l'efficacia del MOG rispetto alla prevenzione dei reati presupposto (es. mancata informativa all'ODV, mancata formazione del personale, mancato aggiornamento del MOG, alterazione o distruzione delle procedure finalizzate alla violazione del sistema di vigilanza ecc.)

- **elemento soggettivo della condotta:** dolo o colpa, da desumersi dal livello di responsabilità gerarchica/tecnica (es. omessa vigilanza da parte dei superiori gerarchici per la corretta ed effettiva applicazione del MOG, ecc.) ;

- **reiterazione delle condotte;**

- **partecipazione di più soggetti nella violazione.**

Sanzioni per collaboratori e amministratori

Per tutti i collaboratori legati da contratti di natura diversa da un rapporto di lavoro dipendente, le procedure e misure sanzionatorie applicabili sono determinate in proporzione alla gravità delle violazioni, tenuto conto dei seguenti parametri

- a) Ammonizione scritta: per la sola violazione colposa del MOG;
- b) Sospensione temporanea degli emolumenti: per la reiterata violazione colposa del MOG;
- c) Revoca della delega o della carica: violazione dolosa del MOG.

I provvedimenti disciplinari sono adottati, anche su segnalazione dell'ODV, dal Consiglio di Amministrazione.

Per i collaboratori la violazione delle procedure del modello attinenti all'oggetto dell'incarico o alla effettuazione della prestazione comporta la risoluzione di diritto del rapporto contrattuale, ai sensi dell'art. 1456 cc.

Qualora venga riscontrata la violazione del modello da parte dei collaboratori, amministratori, direttori e da coloro che hanno funzioni di rappresentanza, l'ODV trasmette al Consiglio di Amministrazione e al Revisore una relazione contenente:

- descrizione della condotta, generalità del soggetto responsabile del tentativo o della violazione, indicazione delle procedure del modello violate ed eventuali documenti o elementi a riscontro della condotta;
- il Consiglio di Amministrazione convoca per iscritto, entro venti giorni, il soggetto e la convocazione contiene una breve e precisa descrizione della condotta contestata e delle previsioni del modello oggetto di violazione, indica la data e l'ora della convocazione con l'avviso per l'interessato della facoltà di formulare memorie scritte difensive con la possibilità di richiedere l'intervento di un difensore a cui dà mandato o di un rappresentante dell'associazione sindacale a cui aderisce.
- La convocazione deve essere sottoscritta dal Direttore o dal Presidente (se l'interessato è un dipendente, collaboratore, fornitore, appaltatore etc.) ovvero da due membri del Consiglio di Amministrazione (se relativo a Direttore Amministrativo o Sanitario, oppure a Presidente o Consigliere);
- Il Consiglio sulla scorta degli elementi acquisiti, delibera per iscritto e determina la sanzione ritenuta applicabile oppure motiva l'archiviazione del caso. Della delibera deve essere data comunicazione per iscritto all'ODV e al Revisore nonché all'interessato.

Il procedimento trova applicazione anche in caso di violazione da parte del Revisore dei Conti o dell'ODV.

PARTE SPECIALE

LINEE GUIDA COSTRUZIONE DEL MODELLO

DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

Individuazione delle attività a rischio e definizione dei protocolli: metodologia di lavoro.

Il presente modello è dedicato all'organizzazione e gestione della Fondazione.

Alla base del giudizio di idoneità del modello organizzativo gestionale c'è la valutazione del modello inteso come documento, sia nella sua forma dichiarativa che descrittiva di costruzione o di revisione. Affinché il modello sia esaustivo occorre provare il percorso operato e la metodologia di approccio dei processi operativi per la definizione del modello.

In altri termini, si deve avere la documentazione scritta dei passi compiuti per la costruzione del modello, ciò al fine di evitare che il giudice penale abbia il sospetto che si tratti di un modello mutuato da altri o di "facciata".

Per la costruzione del modello, l'analisi delle aree a rischio "reato presupposto" e la successiva graduazione del rischio inerente all'attività caratteristiche (unità di offerta) della Fondazione, si è proceduto alla conoscenza della struttura attraverso incontri periodici verbalizzati e sottoscritti dai partecipanti definiti "verbali di audizione": detta fase appartiene per la Dgr 3540 alla parte generale riferita al "risk assesment".

Le audizioni presso la Fondazione sono state effettuate dall'avvocato Gabriele Zucchinali per la costruzione del modello di organizzazione e di gestione della Fondazione.

In particolare la cronologia degli incontri è la seguente:

- Verbale del 26/10/2011 di definizione e condivisione delle diverse fasi di sviluppo del

modello organizzativo attraverso le seguenti analisi:

1. Individuazione dei processi e delle attività a rischio di reato, richiamati dal D. Lgs. n. 231/2001;
 2. Ricognizione delle funzioni apicali;
 3. Rilevazione dei processi e delle attività sensibili;
 4. Analisi delle criticità e del conseguente piano di azione, con presa d'atto da parte del C.d.A. con deliberazione n. 56 del 20/12/2011.
- Verbale del 12/01/2012 sull'attività del Revisore dei Conti, Dott. Maurizio Pellizzer, che verifica trimestralmente i conti.
 - Verbale del 26/08/2014 con mappatura delle aree sensibili a rischio reato.

Alla luce dei predetti incontri si è provveduto ad individuare e ad identificare un modello comunque rispondente alle concrete situazioni, ossia attività e strutture organizzative della Fondazione e, perciò, ai reali "rischi di reato" prospettabili in esse, avendo appunto riguardo a tutte le specificità di ogni settore di attività e ad ogni singola ipotesi di reato identificata dal d.lgs. 231/01.

Il lavoro di realizzazione del modello si è, quindi, sviluppato in diverse fasi, tutte comunque improntate al principio fondamentale della documentabilità e verificabilità di ogni atto decisionale, così da consentire la ricostruzione dell'attività da cui è scaturito.

I fase: raccolta e analisi della documentazione essenziale

Si è innanzitutto proceduto ad esaminare la documentazione ufficiale disponibile presso la Fondazione relativa a:

- Visura Camerale e oggetto sociale dell'ente;

- Statuto
- Ultimo bilancio approvato con relazione del revisore;
- Organigramma;
- Carta Servizi;
- C.C.N.L. applicato a tutto il personale dipendente;
- Report dei contratti in essere: rapporto con i liberi professionisti, cooperative, forniture di servizi in genere;
- Report dei contenziosi (in sede giudiziale ed extra) in essere;
- Certificazioni e Autorizzazioni di accreditamento delle unità di offerta;
- Normativa vigente sia nazionale che regionale in materia socio sanitaria;
- In materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n.81/2008): gli atti di approvazione della politica di sicurezza (il documento valutazione rischi, atti formali di attribuzioni di ruoli);
- Documento interno privacy (nomine del titolare, responsabile, incaricato).

Siffatti documenti sono stati, quindi, esaminati, al fine di costituire una piattaforma informativa della struttura e dell'operatività della Fondazione, nonché della ripartizione dei poteri e delle competenze.

Il fase: identificazione delle attività a rischio

Attraverso un lavoro di mappatura si è proceduto all'individuazione di ogni attività di servizio della Fondazione, in particolare attraverso l'esame della attività amministrativa, di quella contabile, di quella afferente alle risorse umane e, infine, di quella specifica socio-sanitaria.

L'analisi che ne è seguita ha avuto come oggetto i contenuti, le modalità operative, la ripartizione

delle competenze, tutte operazioni finalizzate alla sussistenza o insussistenza di potenziali aree a rischio di commissione reati.

Tali aree a rischio sono state dunque identificate mediante interviste eseguite con i soggetti individuati come responsabili e, comunque, dotati delle migliori conoscenze dell'operatività di ciascun singolo settore di attività, e cioè il Presidente, il Direttore, il Responsabile Sanitario, l'R.S.P.P., il personale amministrativo.

III fase: identificazione e analisi degli attuali presidi

Per le aree a rischio si è poi richiesto ai soggetti intervistati di illustrare le procedure operative ed i concreti controlli esistenti e idonei a presidiare il rischio individuato.

IV fase: analisi e correzione sensori di rischio reato

La situazione di rischio è stata confrontata con le esigenze ed i requisiti imposti dal d.lgs. n. 231/01 e dalla D.G.R. n. IX/3540/2012 al fine di individuare le eventuali carenze del sistema esistente.

Si è provveduto quindi a richiedere ai soggetti intervistati di indicare eventuali azioni correttive delle regole di controllo, anche non formalizzate, esistenti con particolare riferimento alla gestione delle attività ritenute a rischio, con indicazioni per la fase successiva.

V fase: definizione dei protocolli

Per ciascuna area ritenuta a rischio sono stati definiti protocolli di decisione contenenti la disciplina più idonea a governare il profilo di rischio individuato.

I protocolli sono ispirati alla regola di rendere documentate e verificabili le varie fasi del processo decisionale, onde sia possibile risalire alla motivazione che ha guidato la decisione e affinché sia

sempre immediatamente possibile individuare il soggetto responsabile della singola fase della procedura.

Ciascuno di siffatti protocolli di decisione dovrà essere facilmente recepito, rendendo, quindi, obbligatorie le regole di condotta ivi contenute in capo a coloro che si trovino ad operare in un'area a rischio.

RISCHIO DI COMMISSIONE REATI:

MAPPATURA AREE E CORRELATIVI RISCHI REATO

EX D.LGS.231/01 E D.G.R. IX/3540 DEL 2012.

All'interno delle aree individuate, gli organi direttivi, ciascuno per la propria competenza sono chiamati a redigere le procedure per la gestione con particolare riguardo a chi deve essere coinvolto, chi procede alla verifica, chi le approva e chi ne dà attuazione.

In altri termini occorre seguire il seguente prospetto: **Redazione, Coinvolgimento, verifica, approvazione, attuazione** (es. redazione DVR - Redazione : consulente esterno; Coinvolgimento : RLS, medico competente, rspp, responsabili udo; Verifica :RSPP; Approvazione :Datore di lavoro; Attuazione: datore di lavoro, rspp, responsabili udo).

In particolare il grado di rischio viene declinato nel modo seguente:

- **Basso** : l'analisi del rischio reato è proceduralizzata con più soggetti coinvolti e si tratta di attività tipiche o funzionali della struttura.
- **Medio**: l'analisi del rischio reato manca di procedura ma vi è una prassi con più soggetti coinvolti per attività tipiche della struttura.
- **Critico** : l'analisi del rischio reato manca di procedura, non vi è una prassi e vi è un unico soggetto che decide senza controlli o verifiche.

AREA DELIBERAZIONI

Deliberazioni in genere – Deleghe Codice Etico, Modello Organizzativo Gestione e di Controllo e Organismo di vigilanza e relativo Regolamento di funzionamento

Reati ipotizzabili: art. 24 Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno allo Stato o di un ente pubblico o per conseguire erogazioni pubbliche

I provvedimenti relativi sono oggetto di delibera del Consiglio d'amministrazione.

Lo Statuto prevede la seguente procedura:

Il Consiglio d'amministrazione delibera previa convocazione scritta, con elencazione dei punti all'ordine del giorno stabilito dal Presidente, e inserisce eventualmente anche argomenti suggeriti dai consiglieri e dagli uffici e servizi preposti alle varie pratiche.

La documentazione è disponibile ai consiglieri qualche giorno prima della seduta.

Gli argomenti più complessi e importanti vengono generalmente affrontati in via informale anche in sedute precedenti.

Il Consiglio d'amministrazione accentra ogni potere di spesa. Per talune materie ha espressamente delegato i propri componenti. Le delibere con argomenti rilevanti per il d.lgs. 231/01 verranno inviate obbligatoriamente all'ODV e per competenza al revisore.

Soggetti coinvolti: Presidente, Consiglieri. Direttore, Revisore, Organo di vigilanza.

Rischio reato: basso

AREA BILANCIO

Procedura di formazione e approvazione del Bilancio della Fondazione - Revisore dei conti

Reati ipotizzabili: art. 25 ter (reati societari)

Il Bilancio della Fondazione, per anno civile, viene materialmente predisposto dall'Ufficio contabilità, sulla base delle registrazioni contabili tenute in forma ordinaria e analitica. Sia la contabilità sia il Bilancio sono predisposti secondo la normativa civilistica valida per le società e in conformità all'art. 20-*bis* del d.p.r. 29 settembre 1973 n. 600, con particolare riferimento al comma 1, lettera b) ed agli ivi richiamati articoli 14, 15, 16 e 18 del medesimo d.p.r.

Il Revisore dei conti (Dott. Maurizio Pellizzer), nominato ogni cinque anni dal Consiglio d'amministrazione, effettua verifiche trimestrali e redige una propria relazione di accompagnamento al Bilancio.

Le risultanze del Bilancio vengono illustrate sia in forma complessiva sia ripartite per centri di costo (unità operative).

Il Bilancio, firmato dal Presidente, è approvato dal Consiglio d'amministrazione entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

Soggetti coinvolti : Ufficio contabilità, Consiglio d'Amministrazione, Direttore, Presidente, Revisore dei conti, Organo di vigilanza

Rischio reato: Basso

AREA FINANZIARIA

Pagamenti e riscossioni

Reati ipotizzabili: art. 25 octies Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità

di provenienza illecita + art.25 bis Falsità in monete

La Fondazione utilizza per i propri movimenti finanziari un unico conto corrente bancario, aperto presso la locale filiale di Ubi Banca (Banca Popolare di Bergamo, filiale di Grumello del Monte).

I pagamenti originano quasi esclusivamente dal suddetto conto corrente, in base a disposizioni di pagamento redatte dall'Ufficio contabilità, successivamente firmate dal Presidente e dal Direttore o, in loro assenza, dal Vice presidente e dalla Dott.ssa Laura Marcandelli, unici soggetti abilitati.

Rappresentano eccezioni alle suddetta regola generale:

- la "cassa contanti" presso l'Ufficio Contabilità, limitata a operazioni di modico valore, cui provvede un operatore (Scaburri Ilenia), autorizzato a erogare piccoli pagamenti e a riscuotere piccole somme. Tutte le operazioni in entrata ed in uscita vengono volta per volta riportate nella contabilità generale. Lo stato patrimoniale evidenzia le giacenze della "cassa contanti".

Soggetti coinvolti : Ufficio contabilità, Presidente, Vice Presidente, Direttore, funzionario amministrativo Dott.ssa Laura Marcandelli.

Rischio reato: Basso

Attività di gestione di informazioni privilegiate e di investimenti in strumenti finanziari

Reato ipotizzabile art.25 sexies Abusi di mercato

Le disponibilità liquide della Fondazione rimangono sul citato conto corrente bancario. Talvolta vengono investite, sempre tramite Banca, in strumenti finanziari a tasso fisso (obbligazioni e simili), previa delibera del Consiglio d'amministrazione. Tali investimenti finanziari rimangono evidenziati sul conto deposito titoli legato al conto corrente.

Soggetti coinvolti : Presidente, Consiglio d'amministrazione, Revisore, Organo di Vigilanza.

Rischio reato: Basso

Assicurazioni (d.g.r. 3540/12)

Oltre alle assicurazioni R.C.T. e R.C.O, obbligatorie ai fini dell'accreditamento regionale, la Fondazione ha assicurato i propri fabbricati contro l'incendio e rischi vari (eventi atmosferici allagamenti ecc.).

La Fondazione è inoltre assicurata per la propria responsabilità civile verso terzi e verso i propri operatori. L'assicurazione copre anche la responsabilità civile verso terzi dei propri operatori, professionisti compresi.

Altre assicurazioni attive: polizza volontari; polizza responsabilità membri Consiglio d'amministrazione; polizza infortuni amministratori.

AREA APPALTI, INCARICHI, ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

Procedure per incarichi, appalti, acquisto beni e servizi (d.g.r. 3540/12)

La procedura per l'acquisto di beni o servizi prevede una richiesta di acquisto, emessa da un'unità operativa/centro di attività, opportunamente autorizzata dal responsabile. Qualora l'entità dell'acquisto sia importante dal punto di vista economico e/o strategico la decisione viene rimandata al Consiglio d'amministrazione (questa procedura vale anche per l'appalto di opere, consulenze).

L'Ufficio contabilità raffronta il documento di trasporto e la relativa fattura che devono corrispondere. Successivamente le fatture vengono registrate sul registro fatture di acquisto e passate in contabilità ordinaria generando uno scadenziario.

I pagamenti avvengono mediante bonifico.

AREA RAPPORTI CON PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Reati ipotizzabili: art. 24 Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno allo Stato o di un ente pubblico o per conseguire erogazioni pubbliche; art. 25 Corruzione, concussione

Adempimenti tributari (versamenti e dichiarazioni)

Gli adempimenti tributari vengono tutti espletati dall'Ufficio contabilità, che redige le varie dichiarazioni in corso d'anno Unico / Spesometro / Comunicazione annuale dati Iva / Dichiarazione Imu e la modulistica necessaria ad effettuare i relativi versamenti (F24 ecc), che trovano provvista esclusivamente nel conto corrente della Fondazione.

Le dichiarazioni sono sottoscritte dal Presidente, quale legale rappresentante e dal Revisore dei conti.

L'eventuale adesione a specifici regimi tributari o a sistemi agevolativi di varia natura, vengono sempre autorizzati dal Consiglio d'amministrazione.

Soggetti coinvolti : Ufficio contabilità, Presidente, Revisore dei conti, Consiglio d'amministrazione

Rischio reato: Basso

Richiesta finanziamenti pubblici

Le richieste di finanziamenti pubblici per iniziative particolari vengono sempre prima deliberate dal Consiglio d'amministrazione, previa istruttoria da parte dell'Ufficio competente.

Le richieste vengono firmate dal Presidente, quale legale rappresentante.

La verifica circa l'aderenza della destinazione del contributo alla finalità prescritta viene effettuata dal servizio interno competente: quindi, ad esempio, se il finanziamento riguarda l'esecuzione di lavori o l'acquisto di macchine o attrezzature, provvede la Direzione Amministrativa; se riguarda lo

svolgimento di iniziative in ambito sanitario assistenziale provvede il Responsabile Sanitario, se riguarda incentivi sul personale o contributi provvedo l'Ufficio personale.

Eventuali consuntivi o relazioni finali circa i risultati ottenuti vengono sottoscritti dal Presidente e, se di particolare rilevanza economica, approvati dal Consiglio d'amministrazione.

Soggetti coinvolti : Consiglio d'amministrazione, Presidente, Uffici competenti, Organismo di vigilanza

Rischio reato: Medio

Richiesta permessi, autorizzazioni, concessioni, nulla osta, Dia, Scia ecc.

L'avvio di ogni tipo di richiesta per autorizzazioni, permessi, nulla osta, concessioni, Scia, Dia ecc. viene sottoscritta dal Presidente.

Le relative pratiche di carattere urbanistico edilizio strutturale sono curate da un libero professionista esterno incaricato dal Consiglio d'amministrazione. Il professionista tiene i rapporti con l'autorità preposta fino alla conclusione del procedimento. Il professionista incaricato tiene sempre al corrente la Direzione Amministrativa sul corso della pratica.

Le pratiche inerenti ai servizi sanitario assistenziali o di natura prettamente amministrativa, sono allo stesso modo curate dal Direttore amministrativo, eventualmente supportato dal responsabile competente (Responsabile Sanitario ecc.).

Le problematiche più rilevanti vengono segnalate al Presidente ed esaminate dal Consiglio d'amministrazione.

Soggetti coinvolti : Consiglio d'amministrazione, Presidente, Consulenti esterni, Direttore, Responsabile sanitario, Organo di vigilanza.

Rischio reato: Medio

Ispezioni Asl per vigilanza su requisiti, controllo appropriatezza ecc.

Durante le visite ispettive è coinvolto il Direttore, il Responsabile Sanitario e l'Infermiere Coordinatore che operano su delega del Presidente; questi controfirmano il verbale steso dall'Asl.

Il Verbale di vigilanza è consegnato in copia al Presidente e all'Organo di vigilanza.

Soggetti coinvolti : Direttore, Responsabile Sanitario, Infermiere Coordinatore, Presidente, ODV.

Rischio reato: Medio

Ispezioni in materia di igiene degli alimenti

Il Direttore sanitario ha individuato nella figura del Cuoco responsabile l'operatore addetto a seguire le ispezioni in materia di igiene degli alimenti.

Il Verbale è consegnato al Direttore sanitario.

Soggetti coinvolti : Direttore sanitario, Cuoco responsabile

Rischio reato: Basso

Ispezioni in materia tributaria, disciplina del lavoro e obblighi contributivi

Le ispezioni avvengono generalmente senza preavviso. Gli ispettori, se assente il legale rappresentante, vengono seguiti dal Direttore amministrativo e dal responsabile dell'ufficio interessato (personale, contabilità), che producono tutta la documentazione richiesta. La documentazione fiscale, contributiva ecc. viene conservata presso l'Ufficio amministrativo o, se riferita agli esercizi precedenti, nell'archivio della Fondazione.

Il Direttore amministrativo ha l'obbligo di riferire della visita al Presidente e al Revisore dei conti, qualora siano emerse problematiche, anche al Consiglio d'amministrazione.

Il verbale della visita d'ispezione sarà trasmesso sempre all'Organismo di vigilanza.

Soggetti coinvolti : Direttore, Ufficio Personale e Contabilità, Presidente, Consiglio d'amministrazione, Revisore dei conti, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: Medio

AREA SICUREZZA E SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO – REQUISITI STRUTTURALI

Reato ipotizzabile: art.25 septies (omicidio colposo e lesioni gravi colpose in caso di infortunio sul lavoro)

Il Datore di lavoro è individuabile nella figura del Presidente, quale legale rappresentante della Fondazione.

La Fondazione è dotata di un Documento di valutazione dei rischi, aggiornato annualmente con la collaborazione dell'R.S.P.P. dipendente della Fondazione. Il Documento di valutazione rischi è approvato dal Presidente quale datore di lavoro. Nel corso dell'anno vengono fatti con lo stesso incontri per valutare le problematiche.

A fine anno, viene organizzata la riunione annuale con la presenza del Presidente, del Responsabile servizio di prevenzione e protezione aziendale, dei Rappresentati dei lavoratori, del Medico competente. Riunioni in corso d'anno hanno luogo in caso di necessità.

Il Consiglio d'amministrazione nomina il Medico competente, il quale programma ed effettua la sorveglianza sanitaria. Egli redige una relazione periodica. Effettua la visita di idoneità a tutti i neo assunti.

Viene rispettata la normativa della Regione Lombardia in ordine alla figura del Rsp, nominato dal Presidente. Il Rsp è dipendente della Fondazione e si interfacerà direttamente anche con

l'Organismo di vigilanza. Frequenta i corsi di aggiornamento periodici obbligatori.

L'organigramma funzionale in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, anche per l'emergenza, è approvato dal Presidente ed esposto all'albo dei dipendenti.

Vengono utilizzati dispositivi di protezione collettiva ed individuale. Per questi ultimi viene fatto sottoscrivere un verbale di consegna, conservato nel fascicolo del dipendente, presso l'Ufficio personale. Compete all'Infermiere Coordinatore l'addestramento all'uso, la rilevazione del loro mancato utilizzo e la segnalazione ai superiori, per i provvedimenti del caso (compresi quelli disciplinari).

Esiste un piano di emergenza ed evacuazione, costantemente aggiornato dall'RSPP, con la collaborazione del Consulente esterno. Durante l'anno, sotto la vigilanza del medesimo Consulente, l'Rspp e il Responsabile servizi infermieristici organizzano e curano lo svolgimento di simulazioni relativamente alle varie unità operative e la formazione sul corretto utilizzo dei mezzi e dispositivi di protezione collettiva (rilevatori fumo, estintori ecc).

Ogni anno l'Rspp e il Responsabile servizi infermieristici organizzano e curano la formazione degli operatori da inserire nella squadra antincendio e di quelli addetti al primo soccorso.

E' applicato un protocollo per la manutenzione degli impianti di condizionamento e aria primaria volto anche alla prevenzione della legionella.

Soggetti coinvolti : Presidente, Consiglio d'amministrazione, Consulente esterno, Medico competente, Direttore, Responsabile S.P.P., R.L.S, Ufficio personale, Preposti (Responsabili infermieristici UU.OO. ecc.), Squadra antincendio, Addetti al primo soccorso, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: Critico

AREA DIRITTI D'AUTORE

Reati ipotizzabili art. 25 novies Violazione diritti d'autore (legge 633/41)

- *Pubblicazione non autorizzata su internet (sito, youtube ecc.) di opere dell'ingegno protette (musica, libri ecc.), anche in parte (art. 171, comma 1 a-bis)*
- *Abusiva copiatura di programmi per elaboratore, detenzione di relativi supporti non contrassegnati Siae, elusione dei sistemi di protezione dei programmi stessi, riproduzione abusiva di banche dati (art. 171-bis);*
- *Abusiva detenzione, copiatura, proiezione o diffusione in pubblico di dischi, CD, files, videocassette e simili con musica, films, teatri ecc. – Libri e simili: abusiva copiatura o diffusione in pubblico (art. 171-ter L. n. 633/1941);*
- *Fraudolento utilizzo o manomissione di decoder per trasmissioni televisive (art. 171-octies L. n. 633/1941).*

L'installazione di programmi sull'apparato informatico è un'operazione effettuata dal solo amministratore di sistema. Vigè l'assoluto divieto (documentabile) a tutti gli operatori di installarne altri o modificare quelli disponibili.

L'amministratore del sito internet della Fondazione è edotto circa il divieto di pubblicazione di musica, libri, testi, immagini o filmati coperti dal diritto d'autore.

I soggetti autorizzati all'uso delle fotocopiatrici sono informati circa il divieto di utilizzare lo strumento, oltre che per fini personali, per duplicare libri, scritti o immagini coperti dal diritto d'autore.

La diffusione al pubblico di musiche, video ecc, come pure l'organizzazione di spettacoli, intrattenimenti o simili eventi, aperti al pubblico, con musiche, canti, prosa, poesia ecc, coperta da diritto d'autore e del produttore discografico, è affidata all'Animazione, il cui responsabile provvede a richiedere alla Siae le prescritte autorizzazioni.

Soggetti coinvolti: Amministratore di sistema, Ufficio tecnico, Responsabile animazione

Rischio reato: Basso

AREA UTENZA

Tutela della persona dell'utente

Reato ipotizzabile art.25 quater1 pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

art.25 quinquies Delitti contro la personalità individuale

Il Direttore sanitario vigila al fine di evitare la agevolazione di pratiche chirurgiche come la mutilazione genitale degli organi femminili.

La Fondazione non è attrezzata per l'esecuzione di interventi chirurgici.

E' vietato a tutti coloro che esercitano la propria attività all'interno della Fondazione esercitare violenza, minaccia, abuso di autorità nei confronti degli utenti ricoverati e loro familiari.

Soggetti coinvolti : Direttore sanitario, Medici

Rischio reato: Medio

AREA AMBIENTE

Reati ipotizzabili: Reati ambientali (art. 25-undecies):

- *Discarica non autorizzata (art. 256, commi 1 e 3, d.lgs. 152/06);*
- *Violazione obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (art. 258,*

comma 4, secondo periodo, del d.lgs. 152/06);

- Sistema informativo di controllo della tracciabilità dei rifiuti [art. 260-bis, commi 6, 7 (secondo e terzo periodo), 8 (primo e secondo periodo) d.lgs. 152/06.

Il personale medico ed infermieristico deposita il materiale potenzialmente infetto (aghi siringhe) nel contenitore halibox e il materiale potenzialmente infetto (garze bende cerotti) nel contenitore halipak. Il contenitore pieno halibox viene successivamente inserito nel contenitore halipak che a sua volta quando pieno viene chiuso con apposito sigillo, indicato nome dell'unità operativa e peso espresso in Kg. Quest'ultimo contenitore viene depositato in apposito locale chiuso a chiave e informato gli uffici amministrativi.

Il manutentore registra il carico di tale Rifiuto Ospedaliero sul registro di Carico / Scarico rifiuti (d.l. 3 aprile 2006, n.152 – DM 2 maggio 2006) in attesa che la ditta preposta ogni mese provveda al suo trasporto e smaltimento.

Sul medesimo registro vengono caricati anche altri rifiuti: Farmaci scaduti.

Le Ditte preposte al trasporto, smaltimento o recupero dei Rifiuti Speciali prima del servizio compilano il Formulario di Identificazione dei Rifiuti Trasportati e successivamente l'ufficio ragioneria registra lo scarico sul registro di Carico / Scarico.

Con scadenza al 30 aprile di ogni anno viene compilato il Modello Unico di Dichiarazione Mud (legge 70/94) e inviato alla Cciaa competente.

Soggetti coinvolti : Manutentore, Responsabile Sanitario, Infermiere Coordinatore.

Rischio reato: Basso

SISTEMA DI PREVENZIONE DEI RISCHI REATO

1) PREMESSA

Per costruire un sistema organizzativo in grado di prevenire in modo effettivo ed efficace la commissione dei “reati presupposto” all’interno della Fondazione, è necessario redigere dei protocolli di natura generale e di natura particolare, utili ad indirizzare le condotte di tutti i soggetti che operano per conto della stessa.

Sono state preliminarmente definite le linee generali di condotta (paragrafo 2-a), rivolte ai soggetti apicali e subordinati operanti per la Fondazione.

I protocolli generali (paragrafo 2-b) disciplinano il procedimento decisionale del Consiglio d’amministrazione, del Presidente, del datore di lavoro in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e la gestione delle risorse finanziarie.

La serie di protocolli speciali (paragrafo 3), sono volti a ridurre al minimo il rischio di commissione dei “reati presupposto” nelle attività individuate come a maggior rischio nella suesposta parte I.

2) PROTOCOLLI GENERALI DI PREVENZIONE

a) **Linee generali di Condotta.**

Figure coinvolte: tutti i soggetti e le figure citate nel presente paragrafo 2) e nel successivo paragrafo 3).

La Fondazione deve registrare documentalmente ogni operazione posta in essere, in relazione alle attività con rischio di “reato presupposto”, individuate nella mappatura delle aree.

È vietato formare dolosamente in modo falso o artefatto documenti amministrativi o societari.

Nell’ambito dell’attività della Fondazione, la richiesta e l’ottenimento di un provvedimento da parte di amministrazioni ed enti pubblici, nonché lo svolgimento delle procedure necessarie al conseguimento di contributi, finanziamenti pubblici, mutui agevolati o altre erogazioni dello stesso tipo devono essere conformi alla legge ed alla normativa di settore.

Ogni movimentazione di denaro e fondi da parte della Fondazione dovrà essere registrata documentalmente, con specifica indicazione di autori e beneficiari.

Dovrà essere tenuta registrazione scritta delle generalità anagrafiche dei soggetti che effettuano o ricevono pagamenti.

Nei rapporti con i rappresentanti dell’Azienda sanitaria locale (Asl) e di ogni altra amministrazione o ente pubblico, anche dell’Unione Europea, è fatto divieto a chiunque operi in nome e per conto della Fondazione di condizionare le decisioni con ricorso a violenza, minaccia o inganno.

Il Consiglio d’amministrazione, il Presidente, il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono tenuti alla reciproca informazione e consulenza ogniqualvolta l’attività dell’uno possa riguardare la competenza dell’altro. A tale scopo avranno luogo riunioni periodiche informative, con la partecipazione di Presidente, Direttore amministrativo e Direttore sanitario, eventuali Consiglieri e altre figure responsabili. Se gli argomenti attengono aree a rischio di “reato presupposto” se ne darà preventiva comunicazione all’Organismo di Vigilanza (Organismo di vigilanza), che potrà intervenire.

Le prescrizioni dei protocolli costituiscono altrettanti doveri per i soggetti competenti e, per i dipendenti, si configurano quali ordini di servizio. Ogni violazione è oggetto di sanzione.

E’ dovere del superiore gerarchico esigere il rispetto delle prescrizioni da parte delle figure

sottoposte. Costituiscono inadempienza sanzionabile sia il mancato controllo e coordinamento dei sottoposti, sia gli atteggiamenti di tolleranza delle violazioni, sia la mancata segnalazione delle inadempienze all'organismo interno preposto all'irrogazione delle sanzioni.

Ciascun protocollo deve essere consegnato a tutte le figure identificate, in capo al medesimo, come fra i "soggetti coinvolti". Il ricevente firma e data in segno di ricevuta. In specifiche riunioni viene illustrato il contenuto dei protocolli medesimi.

Deleghe

Il Consiglio d'amministrazione e il Presidente, in ragione dell'articolazione delle attività e della complessità organizzativa, possono conferire deleghe di poteri e funzioni, con le seguenti modalità:

- che risultino da atto scritto e datato;
- che il delegato posseda tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- che si attribuiscono al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- che si attribuiscono al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni delegate;
- che la delega sia accettata per iscritto dall'interessato;
- che alla delega sia data tempestiva comunicazione ai soggetti interni che avranno rapporti con il delegato.

Quando le deleghe riguardino l'organizzazione del lavoro e il tema della salute e sicurezza sul lavoro, il soggetto delegato può, a sua volta, previa intesa con il Presidente, subdelegare specifiche funzioni, nel rispetto dei limiti e condizioni di cui sopra. Permane l'obbligo di vigilanza in capo al delegante sul corretto espletamento delle funzioni trasferite. Il soggetto subdelegato non può ulteriormente subdelegare.

Il Consiglio d'amministrazione e il Presidente verificano e controllano i provvedimenti assunti dai soggetti rispettivamente delegati e l'esecuzione datane. Il Direttore amministrativo ne dà atto nel verbale della seduta consiliare.

I consiglieri con deleghe attribuite dal Consiglio d'amministrazione, nel corso delle sedute, informano i colleghi sulle operazioni compiute e sulle iniziative che intendono intraprendere. Il Direttore amministrativo ne dà atto nel verbale della seduta consiliare.

b) Protocollo generale per le delibere del Consiglio d'amministrazione.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo

1 - Iniziativa

L'iniziativa sulle deliberazioni del Consiglio d'amministrazione spetta al Presidente e ad ogni Consigliere.

Le proposte deliberative dei Consiglieri sono presentate per iscritto al Presidente.

Il Presidente convoca il Consiglio d'amministrazione nei modi e tempi previsti dallo Statuto.

Qualora l'argomento riguardi un rischio di "reato presupposto" il Presidente invia la convocazione del Consiglio d'amministrazione anche all'Organismo di vigilanza, che può intervenire alla seduta.

2 - Attività preliminari alla delibera

Il Presidente verifica la regolare composizione e convocazione del Consiglio d'amministrazione, secondo quanto stabilito dalla legge e dallo Statuto.

Il Presidente o il Consigliere proponente, con adeguato anticipo, mette a disposizione di Consiglieri e Organismo di vigilanza (se l'argomento riguarda rischi di "reato presupposto"), la documentazione, le informazioni e acquisisce ogni parere utile, per consentire l'espressione di opinioni e voti in modo informato, ai sensi dell'art. 2381 del codice civile.

Prima della discussione, il Presidente dà lettura di eventuali note o comunicazioni pervenute dall'Organismo di vigilanza, qualora assente.

Se le informazioni e la documentazione fornite non siano ritenute sufficienti dai Consiglieri o dall'Organismo di vigilanza, il Consiglio d'amministrazione potrà, a maggioranza dei presenti, rinviare la deliberazione ad altra data.

I consiglieri esprimono le proprie opinioni e il proprio voto in autonomia, ignorando indebite o improprie sollecitazioni o influenze esterne, nell'esclusivo interesse della Fondazione e nel rispetto delle finalità statutarie.

3 - Forma e registrazione delle delibere

Nel corso delle adunanze il Direttore amministrativo redige un verbale, recante data, elenco dei presenti, deliberazioni adottate ed esito delle votazioni. Pone in evidenza i voti contrari (quando la votazione è palese) e gli astenuti. A richiesta degli intervenuti, nel verbale dà sinteticamente atto delle opinioni espresse. Dà obbligatoriamente conto, in forma sintetica, di ogni opinione contraria alla delibera assunta a maggioranza. I verbali sono firmati da tutti i Consiglieri presenti alla seduta. Il rifiuto di firmare, che deve essere motivato, viene annotato in calce al verbale dal Direttore

amministrativo, con la motivazione addotta.

Tutti i verbali delle adunanze sono raccolti in apposito libro rilegato alla fine dell'anno solare. E' vietato distruggere o manomettere il libro. I fogli annullati devono rimanere integri. Ogni correzione, consentita al solo Direttore amministrativo previa delibera del Consiglio d'amministrazione, viene datata e apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

Il Direttore amministrativo trasmette all'Organismo di vigilanza copia delle delibere, qualora abbiano attinenza a rischi di "reato presupposto".

4 - Esecuzione delibere del Consiglio d'amministrazione

Nella delibera il Consiglio d'amministrazione si individua il soggetto incaricato di attuarla, con il relativo termine.

Tale soggetto dà notizia al Consiglio d'amministrazione dei problemi riscontrati dell'avvenuto adempimento o dell'eventuale impossibilità.

5 - Controllo

Il Consiglio d'amministrazione verifica la conformità dell'esecuzione a quanto deliberato.

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività firma e data i documenti dallo stesso forniti o redatti.

7 - Conservazione

Le convocazioni e i verbali delle sedute consiliari sono conservati dal Direttore amministrativo. Ogni documento relativo all'istruttoria deliberativa e all'esecuzione datane sono conservati dal Direttore amministrativo o dal soggetto incaricato di attuare la delibera.

c) Protocollo generale per l'assunzione e l'esecuzione dei provvedimenti del Presidente.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo

1 - Iniziativa

Il Presidente assume provvedimenti su propria iniziativa o su proposta di un consigliere o di un responsabile delle funzioni aziendali.

Qualora l'argomento riguardi rischi di "reato presupposto", il Presidente informa preventivamente l'Organismo di vigilanza.

2 - Attività preliminari al provvedimento

Il Presidente verifica preliminarmente se il provvedimento da assumere rientra nelle competenze proprie o a lui delegate. Qualora esuli dai propri poteri, convoca il Consiglio d'amministrazione.

Il Presidente acquisisce ogni documentazione, informazione e parere utile a un provvedimento meditato e consapevole, ai sensi dell'art. 2381 codice civile.

Prima di decidere, il Presidente prende in considerazione le eventuali note o comunicazioni dell'Organismo di vigilanza.

Se gli atti disponibili non sono sufficienti per un agire informato, il Presidente acquisisce ogni ulteriore elemento aggiuntivo, eventualmente incaricando a tale scopo altri soggetti.

3 - Provvedimenti

Il Presidente decide in autonomia, ignorando indebite o improprie sollecitazioni o influenze esterne, nell'esclusivo interesse della Fondazione e nel rispetto delle finalità statutarie.

Il Presidente formalizza il provvedimento per iscritto, e ne dà comunicazione all'Organismo di vigilanza se l'argomento abbia attinenza ad un rischio di "reato presupposto".

4 - Esecuzione del provvedimento

Qualora non provveda di persona, il Presidente individua il soggetto incaricato di attuare il provvedimento, con il relativo termine.

Tale soggetto dà notizia al Presidente dei problemi riscontrati dell'avvenuto adempimento o dell'eventuale impossibilità.

5 - Controllo

Il Consiglio d'amministrazione verifica e controlla i provvedimenti adottati dal Presidente e l'esecuzione datane.

Il Presidente, nel corso delle sedute del Consiglio d'amministrazione, informa i Consiglieri delle operazioni compiute e delle iniziative che intende assumere nel prossimo futuro. Il Direttore amministrativo ne dà atto a verbale.

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività firma e data i documenti dallo stesso forniti o redatti.

7- Conservazione

Il documento recante la decisione e ogni atto relativo all'istruttoria e all'esecuzione datane sono conservati dal Presidente o dal soggetto incaricato di attuare la decisione.

d) Protocollo generale per la gestione delle risorse finanziarie.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo, Revisore dei conti, Ufficio contabilità

Le risorse finanziarie vengono gestite secondo la normativa vigente e, in particolare, secondo i principi dettati dal d.lgs. 231/01, concernente la prevenzione nell'utilizzo delle stesse a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.

E' vietato tenere rapporti commerciali con soggetti, sia fisici che giuridici, dei quali sia conosciuta o anche solo sospettata l'appartenenza ad organizzazioni criminali o comunque operanti al di fuori della liceità.

Si devono rispettare le presenti misure di prevenzione genera, nell'esecuzione di ogni operazione o procedura comportante il trasferimenti di denaro.

I pagamenti e le riscossioni della Fondazione avvengono esclusivamente tramite canali bancari e/o postali.

La gestione del denaro contante è consentita alle sole persone fisicamente individuate per iscritto dal Consiglio d'amministrazione. L'autorizzazione è limitata a riscossioni e pagamenti per causali predeterminate e di modica entità.

Fuori dell'ipotesi appena indicata è vietato il trasferimento, pagamento e incasso di denaro contante o di libretti di deposito bancari o postali al portatore o di titoli al portatore, effettuato a qualsiasi titolo da soggetti diversi.

La gestione delle risorse finanziarie si basa sulla separazione dei poteri e dei compiti ed in particolare:

- non vi deve essere identità fra chi assume o attua le decisioni di impiego delle risorse finanziarie, chi provvede a registrare l'operazione contabilmente e chi è addetto al controllo finale;
- i poteri e le responsabilità di ciascun soggetto che effettua operazioni devono essere sempre chiaramente formalizzati e resi noti all'interno della Fondazione ed all'esterno, ove necessario
- tutti gli atti, le richieste e le comunicazioni formali devono essere sottoscritte e controllate da soggetti dotati di idonei poteri di rappresentanza della Fondazione;
- ogni operazione e/o transazione commerciale deve essere preventivamente autorizzata, coerente, documentata, motivata, registrata e verificabile;
- gli ordini di pagamento (bonifici ecc.) diretti alla banca della Fondazione sono sempre

predisposti dall'Ufficio contabilità, sulla base di adeguata documentazione di supporto (regolari contratti, fatture controllate, disposizioni del Presidente ecc.); la firma degli ordini di pagamento compete al Presidente ed al Direttore con firma congiunta;

- i documenti su operazioni di trasferimento di denaro della Fondazione devono essere archiviati e conservati a cura dell'Ufficio contabilità, con modalità da non consentire una modifica successiva se non dandone specifica evidenza;
- è vietata l'apertura in qualunque forma di conti correnti o libretti di risparmio in forma anonima o con intestazione fittizia.

Flussi informativi

Qualora, per ragioni d'urgenza e di impossibilità temporanea, si deroghi alle procedure sopra descritte, il responsabile dell'operazione informa immediatamente il Revisore dei conti e l'Organismo di vigilanza, specificando i motivi della deroga; richiede altresì una ratifica del proprio operato al Consiglio d'amministrazione.

Gli operatori devono conservare e mettere a disposizione del Revisore dei conti e dell'Organismo di vigilanza tutta la documentazione relativa alle operazioni eseguite, curandone l'aggiornamento.

e) Protocollo generale per le decisioni del datore di lavoro in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Preposti

1 - Iniziativa

L'iniziativa, oltre che propria del Datore di lavoro o suo delegato ai sensi dell'art. 16 d.lgs. 81/08, può provenire da Subdelegati ex art. 16, comma 3 bis, del medesimo d.lgs, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Preposti, Lavoratori.

2 - Attività preliminari alla decisione

Il Datore di lavoro provvede, direttamente o tramite proprio incaricato, ad acquisire adeguate informazioni sulle decisioni da assumere, interfacciandosi con il delegato, il subdelegato, i preposti, il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione della sicurezza in base alle loro specifiche competenze ed attribuzioni.

Prima di decidere, se le informazioni fornite non siano ritenute sufficienti per un agire informato, il Datore di lavoro assume informazioni aggiuntive, incaricando all'uopo eventuali delegati.

3 - Assunzione della decisione e flussi informativi sulla decisione

Il Datore di lavoro assume la decisione formalizzandola in un documento scritto per la successiva tracciabilità.

Le decisioni prese sono comunicate per iscritto al delegato, al subdelegato, ai preposti, al Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione della sicurezza in base alle loro specifiche competenze ed attribuzioni. I destinatari firmano per ricevuta.

Il Datore di lavoro comunica subito per iscritto all'Organismo di vigilanza le decisioni riguardanti:

- l'assetto organizzativo dell'impresa relativamente alle scelte strategiche ex art. 2087 codice civile;
- l'analisi e la valutazione dei rischi;
- la nuova stesura o la revisione del Documento di valutazione rischi;
- la nomina o la sostituzione del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale;
- il conferimento di deleghe ex art. 16 d.lgs. 81/08.

4 - Esecuzione della decisione

Il Datore di lavoro o il suo delegato, qualora non provvedano direttamente, individuano il soggetto incaricato di dare esecuzione alle decisioni, stabilendo il termine di esecuzione.

Tale soggetto dà notizia al Datore di lavoro dei problemi riscontrati dell'avvenuto adempimento o dell'eventuale impossibilità.

Sull'esecuzione delle decisioni viene costantemente tenuto aggiornato il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale.

5 - Controllo

Il Datore di lavoro verifica periodicamente la regolarità e legittimità delle decisioni assunte in materia di gestione ed organizzazione della sicurezza in azienda e la conformità dell'esecuzione di quanto deciso.

Il Datore di lavoro ha il dovere di vigilare in merito al corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite, in base al disposto dell'art. 16, comma 3, d.lgs. 81/08.

Le attività di controllo effettuate dal Datore di lavoro dovranno essere documentate per iscritto.

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività sarà tenuto a firmare e datare i documenti dallo stesso forniti

o redatti al fine di agevolare i controlli necessari.

7 - Conservazione

Ogni documento recante la decisione assunta e quella relativa all'istruttoria è conservata dal Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale o da suo incaricato. La documentazione inerente all'attuazione della decisione assunta è conservata dai medesimi soggetti o dall'Ufficio competente a porla in atto.

8 - Pubblicità della decisione

Le decisioni assunte dal Datore di lavoro riguardanti la sicurezza e salute sul luogo di lavoro devono essere opportunamente divulgate ai lavoratori, affinché si realizzi la più ampia informazione sull'assetto organizzativo della sicurezza.

3) PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE

SEZIONE I - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 24 D.LGS. 231/01

- art. 316 bis codice penale - *Malversazione stato*

- art. 316 ter codice penale - *Indebita percezione di erogazioni Stato*

- art. 640 comma 2 n.1 codice penale - *Truffa verso Stato o altro ente pubblico*

- art. 640 bis codice penale - *Truffa aggravata per conseguimento erogazioni pubbliche*

- art. 640 ter codice penale - *Frode informatica a danno dello stato o di altro ente pubblico*

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente **paragrafo 1)**, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al precedente paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

f) Protocollo speciale per l'emissione di fatture e la redazione dei documenti contabili.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri con delega, Direttore amministrativo, Ufficio contabilità, Ufficio rendicontazioni, Revisore dei conti

Nell'emissione delle fatture e nella redazione di ogni altro documento contabile, il personale degli Uffici competenti rispetta rigorosamente i principi contabili, la normativa di settore, la riservatezza, completezza, veridicità, accuratezza delle informazioni contenute e delle elaborazioni eseguite.

Le fatture e le altre operazioni contabili inerenti alla riscossione di danaro da parte di Azienda sanitaria locale (Asl), Regione o altri enti ed amministrazioni pubbliche sono comunicate al Direttore amministrativo, con indicazione di debitore, causale e importo.

Le fatture o ogni altro atto contabile si basa su specifica documentazione giustificativa, derivante dall'attività della Fondazione.

I dati inseriti nella fattura devono trovare rapido e puntuale riscontro in tale documentazione giustificativa.

Le fatture e ogni altro atto contabile è archiviato, anche su supporti informatici, dall'Ufficio competente all'emissione dell'atto, che conserva anche la documentazione giustificativa.

E' vietato alterare, modificare, cancellare il contenuto dei documenti. Eventuali rettifiche possono essere autorizzate dal Revisore dei conti e comunicate al Presidente e all'Organismo di vigilanza.

L'autorizzazione e il motivo della rettifica, con firma e data, sono scritti in calce al documento rettificato. I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

E' vietato:

- esporre dati e informazioni che non forniscano una rappresentazione corrispondente all'effettivo dato contabile dell'operazione economico-finanziaria posta in essere;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti contabili;
- rappresentare o trasmettere ad enti o amministrazioni pubbliche dati contabili falsi, lacunosi o non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che per legge devono essere indicati nei documenti contabili;
- omettere di effettuare con la dovuta completezza accuratezza e tempestività, tutte le comunicazioni e tutte le trasmissioni di dati e documenti previsti dalla normativa e richiesti dalle autorità di vigilanza di Azienda sanitaria locale (Asl), Regione o altro ente o amministrazione pubblica;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero ovvero occultare informazioni rilevanti relative a condizioni economiche, patrimoniali o finanziarie;
- porre in essere comportamenti di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza anche in sede di ispezioni da parte di vigilanza, Azienda sanitaria locale (Asl), Regione e amministrazioni pubbliche in genere.

Il Revisore dei conti, a cadenze trimestrali o in ogni altro momento opportuno, verifica la corrispondenza tra i documenti contabili emessi e la documentazione giustificativa, accertandone la regolare archiviazione. Il Revisore pone un'annotazione, datata e firmata, in calce ai documenti controllati. Le operazioni svolte e le valutazioni espresse sono scritte in un verbale, da consegnare in copia al Presidente e, in caso di riscontro anomalie, da comunicare all'Organismo di vigilanza. I verbali sono conservati dal Revisore.

g) Protocollo speciale per la redazione di documentazione sanitaria.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore sanitario, Medici, Infermiere Coordinatore, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio Rendicontazioni

I documenti sanitari sono tutti gli strumenti informativi redatti dagli operatori della Fondazione, volti a descrivere le informazioni anagrafiche, sanitarie, infermieristiche, fisioterapeutiche, assistenziali, educative e psicologiche, relative a ciascun utente.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, rientrano tra i documenti sanitari: la cartella clinica o “Fascicolo sanitario e sociale” (Fasas) o Cartella Socio Sanitaria (Css), il “Piano Assistenziali Individuali” (Pai) o Piani di riabilitazione, la “Scheda di Osservazione Intermedia dell’Assistenza” (Sosia), i certificati medici.

Tutti i documenti sanitari sono redatti in modo chiaro, puntuale e diligente, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo sulla condizione ed evoluzione psico-fisica dell’utente, gli interventi diagnostico-terapeutici praticati.

I documenti sanitari devono possedere le seguenti caratteristiche:

- Tracciabilità: va tenuta traccia di tutti i dati contenuti nei documenti redatti, delle decisioni adottate e dei fatti riscontrati;
- Rintracciabilità: ogni attività degli operatori della struttura verso l’utente va documentata per iscritto su apposito documento sottoscritto dall’operatore;
- Chiarezza: ogni dato inserito in un documento sanitario deve essere chiaro ed univoco, scevro da incertezze interpretative; le informazioni devono essere facilmente leggibili ed intelleggibili da tutti gli operatori che hanno accesso ai documenti sanitari;
- Accuratezza ed appropriatezza: le descrizioni contenute nei documenti devono conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente e basarsi sui principi medici, infermieristici, assistenziali, fisioterapeutici, educativi e psicologici conosciuti ed utilizzati in letteratura, rispettando altresì le linee guida di settore stabilite dalla normativa di riferimento;
- Veridicità: i dati devono rappresentare la realtà dei fatti;
- Attualità: i dati devono essere aggiornati periodicamente, con immediata registrazione di ogni sopraggiunta rilevante informazione ed elemento;
- Completezza: i dati devono essere completi, inclusa ogni informazione richiesta per valutare in modo complessivo e sufficientemente dettagliato la situazione dell’utente;
- Pertinenza: i dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti le finalità per le quali sono raccolti e trattati.

E’ vietato:

- rappresentare o trasmettere dati sanitari falsi, lacunosi o non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che le legge o la deontologia professionale prescrivono;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti sanitari;
- illustrare i dati e le informazioni in modo da non fornire una presentazione corrispondente

all'effettivo dato obiettivo riguardante lo stato psico-fisico dell'utente;

- omettere di effettuare con completezza, accuratezza e tempestività, ogni comunicazione e trasmissione di dati e documenti previsti dalla normativa e richiesti dalle autorità di vigilanza;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero oppure occultare informazioni rilevanti sullo stato psico-fisico dell'utente e successiva evoluzione;
- porre in essere comportamenti di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza da parte dell'Azienda sanitaria locale (Asl) o altre pubbliche autorità preposte.

L'emissione di ogni documento sanitario è fatta da un operatore professionalmente e funzionalmente competente per conoscere e valutare i dati e le informazioni richieste.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le cartelle sanitarie sono redatte dal Direttore sanitario o dai medici incaricati;
- i Piani assistenziali individuali - Pai o Piani riabilitativi sono redatti dal Direttore sanitario, dai medici incaricati, dagli infermieri, da fisioterapisti, educatori, nelle sezioni di rispettiva competenza;
- i Sosia sono redatti dal Direttore sanitario con il supporto di un addetto amministrativo.

L'emissione del documento sanitario deve basarsi su documentazione giustificativa, rappresentante i controlli eseguiti, i criteri di valutazione utilizzati e le motivazioni di emissione.

I dati inseriti nel documento sanitario dovranno trovare rapido e puntuale riscontro nella documentazione di riferimento che dovrà essere conservata ed archiviata, anche su supporti informatici, presso la sede della Fondazione.

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere documenti sanitari e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati. Eventuali rettifiche sono autorizzate dal Direttore sanitario, che ne dà comunicazione al Presidente e all'Organismo di vigilanza. L'autorizzazione e il motivo della rettifica, con firma e data, sono scritti in calce al documento rettificato. I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

Qualora sia necessario alterare e/o cancellare documenti sanitari o i dati ivi contenuti, detta operazione deve essere preventivamente autorizzata dal Direttore sanitario o, se il documento sanitario in questione è stato dallo stesso redatto, dai medici di unità operativa.

Il Direttore sanitario e i medici devono indicare le motivazioni di tale alterazione o cancellazione, da indicare in calce all'atto modificato o in foglio separato da allegare al documento sanitario

oggetto di modifica.

Tutti i documenti si devono conservare e sono a disposizione dell'Organismo di vigilanza.

SEZIONE II - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 24 E 25 NOVIES D.LGS. 231/01

- **art. 491 bis codice penale - Falsità documenti informatici**
- **art. 615 ter codice penale - Accesso abusivo sistema informatico o telematico**
- **art. 615 quater codice penale - Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici**
- **art. 635 bis codice penale - Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici**
- **art. 635 ter codice penale - Danneggiamento informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo stato o da altro ente o comunque di pubblica utilità**
- **art. 171 legge 633/1941 - Delitti in materia di violazione diritti d'autore**

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al precedente paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

h) Protocollo per la gestione e la modalità di utilizzo dei sistemi informatici.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Medici, Infermiere Coordinatore, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio Rendicontazioni, Ufficio contabilità, Ufficio personale.

Per la tenuta delle informazioni contabili, gestionali e socio-sanitarie generali e delle singole unità operative, la Fondazione utilizza un pacchetto di programmi informatici integrati, elaborati dallo studio CBA di Rovereto.

Ogni terminale è collegato a tale sistema informatico gestionale, e fa uso dei programmi software del pacchetto Microsoft Office. L'utilizzo del terminale è possibile esclusivamente ai soggetti autorizzati, in possesso di credenziali personali.

I soggetti autorizzati, sono il Direttore, il personale degli Uffici, l'Infermiere Coordinatore, il Responsabile, i medici, gli infermieri, gli educatori e i fisioterapisti, gli ASA referenti di Nucleo. Essi utilizzano gli strumenti informatici quali "utenti interni", nell'ambito ad esempio della gestione dei processi di amministrazione, contabilità, controllo di gestione, compilazione Pai, gestione cartelle

cliniche, secondo profili di accesso diversi a seconda della mansione, dei compiti e delle responsabilità.

Tra i servizi aziendali di base accessibili ai soggetti autorizzati dianzi indicati, vi sono in particolare la posta elettronica e internet.

La gestione dei sistemi informatici è affidata all'Amministratore di sistema.

Nella gestione dei sistemi informatici, inclusi i sistemi di terzi e/o forniti da terzi, l'Amministratore di sistema effettua le seguenti attività:

- definizione dei profili di accesso e attivazione al sistema informatico;
- manutenzione del sistema mediante controllo e verifica periodica delle eccezioni e/o anomalie;
- verifica di regolarità delle licenze d'uso dei software, accertando altresì l'adeguata conservazione e catalogazione.

Ad ogni soggetto autorizzato ad accedere alla rete informatica aziendale sono attribuite una user ID e una password personali, che non può mai essere comunicata ad altri.

E' vietato utilizzare a qualsiasi titolo o per qualsiasi ragione la user ID o la password di altro operatore.

Le username e le password vengono rilasciate dall'Amministratore di sistema, ai soggetti autorizzati che specificano per ognuno anche il profilo personale di accesso.

Ogni variazione apportata ai profili personali di accesso dei soggetti autorizzati, nonché l'esclusione dal sistema informativo sono comunicate per iscritto all'Amministratore di sistema.

L'Amministratore di sistema tiene aggiornato un registro nominativo dei soggetti autorizzati e dei relativi profili di accesso, che può essere in qualunque momento visionato dall'Organismo di vigilanza.

Ogni accesso ed operazione eseguita sul sistema informatico deve essere rintracciabile. Giornalmente ha luogo un back up, con salvataggio e registrazione di ogni informazione inserita, cancellata e/o modificata nel sistema informatico..

L'Amministratore di sistema conserva i back up eseguiti e comunica eventuali perduranti anomalie per i provvedimenti del caso.

Tutti i soggetti autorizzati adottano comportamenti conformi a tutte le direttive e norme di comportamento contenute nelle politiche e procedure in vigore per assicurare i livelli richiesti di sicurezza.

In particolare non si devono adottare comportamenti a rischio di reato e non conformi alle suddette

norme, nell'ambito delle attività svolte a supporto dei principali processi aziendali, nonché, nell'utilizzo degli strumenti informatici che consentono l'accesso ai siti e di pubblica utilità, quando l'utilizzo illecito o non conforme di tali strumenti può provocare il danneggiamento di informazioni pubblicate, procurando un profitto ovvero un vantaggio competitivo o di immagine alla Fondazione. E' vietato:

- l'utilizzo a scopo personale dei computer aziendali;
- l'accesso a siti internet non attinenti alle funzioni lavorative affidate;
- l'utilizzo della posta elettronica per comunicazioni non attinenti al proprio lavoro.

L'utilizzo della posta elettronica certificata è affidato all'Ufficio amministrativo, che detiene username e password.

L'Ufficio amministrativo archivia tali documenti, nonché i rapportini di invio e ricezione.

SEZIONE III - REATI PRESUPPOSTO EX ART.25 D.LGS. 231/01

- **art. 317 codice penale - Concussione**
- **art. 318 codice penale - Corruzione per un atto d'ufficio**
- **art. 319 codice penale - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio**
- **art. 321 codice penale - Pene per il corruttore**
- **art. 322, commi 1, 2, 3 e 4, codice penale - Istigazione alla corruzione**

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesposto paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

i) Protocollo per la gestione dei rapporti con Asl, Regione, soggetti pubblici in generale, autorità di vigilanza ed ispezioni.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Responsabile servizio di prevenzione e protezione aziendale, Revisore dei conti

La Fondazione ha rapporti assidui e continuativi con l'Azienda sanitaria locale (Asl), Regione, soggetti pubblici in generale e autorità di vigilanza.

Il Presidente e il Direttore intrattengono i rapporti con i funzionari dell'Asl, con le autorità e i

funzionari comunali, provinciali e di ogni altra amministrazione o ente pubblico.

Il Direttore informa il Presidente in tempo reale sull'andamento e sull'esito di ogni colloquio o rapporto intrattenuto.

È vietato offrire, promettere o consegnare denaro, doni o altra utilità, anche per interposta persona, a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, anche delle Comunità europee, di ogni qualifica o livello, al loro coniuge ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle o a persone da quelle indicate.

Alle visite ispettive o di vigilanza condotte dall'Azienda sanitaria locale (Asl), dal Nucleo antisofisticazioni (Nas) o da altre pubbliche amministrazioni partecipano:

- il Presidente e il Direttore sanitario, se attengono l'ambito sanitario, assistenziale, organizzativo e/o gestionale delle unità operative e della cucina;
- il Presidente e il Direttore amministrativo e/o il Responsabile addetto al servizio oggetto del controllo, se attengono aspetti organizzativi o gestionali della Fondazione nel suo complesso, contabili ed amministrativi;
- il Presidente e il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, se attengono alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro.

Il Presidente informa di ogni visita il Consiglio d'amministrazione, l'Organismo di vigilanza e, se del caso, il Revisore dei conti, anche mediante consegna dei verbali di vigilanza o ispezione.

SEZIONE IV - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 BIS D.LGS. 231/01

- art. 453 codice penale - Spendita di monete falsificate, previo concerto

- art. 454 codice penale - Alterazione monete

- art. 455 codice penale - Detenzione, spendita di monete false senza concerto

- art. 457 codice penale - Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

j) Protocollo per la gestione della cassa.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Cassieri, Ufficio contabilità, Revisore dei conti

La Fondazione è dotata di un cassa interna gestita dall'Ufficio Contabilità (Scaburri Ilenia) che provvede ad incassi e pagamenti di modica entità.

La provvista della cassa avviene tramite giroconto dal conto corrente aziendale o tramite gli incassi dell'attività dei servizi il cui pagamento può avvenire in contanti.

Il Presidente determina la somma contante massima che può essere trattenuta dalla Cassa.

L'Ufficio Contabilità accerta sempre l'identità dei soggetti che pagano o riscuotono contanti. Qualora il creditore sia una persona giuridica, accerta che il soggetto percipiente sia autorizzato a riscuotere per conto della stessa.

Ogni spesa dev'essere supportata da idonea pezza giustificativa.

L'Ufficio contabilità verifica la regolare tenuta della cassa e riscontra la corrispondenza delle registrazioni con il denaro presente in cassa, attestandone le eventuali anomalie da segnalare a Presidente, Revisore dei conti e Organismo di vigilanza.

Il Cassiere deve:

- verificare la genuinità del denaro consegnatogli;
- non accettare pagamenti in contanti superiori ad €.999,99;
- non accettare pagamenti in contanti da soggetti non identificati e non conosciuti dalla Fondazione;
- informare il Presidente qualora verifichi la consegna di monete, banconote, assegni ecc. contraffatti, mediante apposito report a cui vengono allegati di monete o questione; il Presidente informa immediatamente l'autorità di pubblica sicurezza e l'Organismo di vigilanza.

SEZIONE V - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 TER D.LGS. 231/01

- **art. 2621 codice civile - False documentazioni sociali**
- **art. 2622 codice civile - False comunicazioni sociali in danno dei creditori**
- **art. 2625, comma 2, codice civile - Impedito controllo**
- **art.2627 codice civile - Illegale ripartizione delle riserve**
- **art. 2629 codice civile - Operazioni in danno dei creditori**
- **art. 2629 bis codice civile - Omessa comunicazione del conflitto di interessi**
- **art. 2632 codice civile - Formazione fittizia del capitale**
- **art. 2638 codice civile - Ostacolo all'esercizio delle funzioni di autorità pubbliche di vigilanza**

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle

aree a rischio evidenziate nella “mappatura” delineata al precedente paragrafo 1, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al sujesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di “reato presupposto”.

In riferimento alla possibile commissione dei “reati presupposto” suindicati si richiamano i protocolli in materia di delibere del Consiglio d’amministrazione e di provvedimenti del Presidente.

Si richiamano inoltre i protocolli su gestione delle risorse finanziarie e su gestione della fatturazione e redazione dei documenti contabili.

k) Protocollo per la formazione e l’approvazione del bilancio.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Ufficio contabilità, Revisore dei conti

Per consentire che la regolare formazione e approvazione del bilancio di esercizio della Fondazione, l’Ufficio contabilità deve essere a conoscenza, anche tramite consulenti esterni, delle norme, dei principi contabili sulla definizione delle poste di bilancio e delle modalità operative di contabilizzazione.

L’Ufficio contabilità e l’eventuale consulente esterno rispettano:

- i principi contabili e disciplina codicistica vigente;
- la normativa di settore;
- la riservatezza, completezza e veridicità delle informazioni contenute nei documenti redatti;
- l’accuratezza dei dati e delle elaborazioni eseguite;
- la collaborazione nell’assunzione di informazioni rilevanti per la redazione del bilancio.

E’ vietato:

- rappresentare o trasmettere dati contabili falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che per legge devono essere indicati nel bilancio;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione del bilancio;
- illustrare i dati e le informazioni in modo da non fornire una presentazione corrispondente all’effettivo dato contabile riguardante la situazione economico-finanziaria;
- assumere comportamenti di ostacolo all’esercizio delle funzioni di ispezione e vigilanza da parte di enti e amministrazioni pubbliche.

I dati e documenti richiesti, in base alle vigenti norme, dagli organismi pubblici competenti sono forniti in modo completo, accurato e tempestivo e veritiero. Non si devono occultare informazioni

rilevanti sulle condizioni economiche, patrimoniali o finanziarie della Fondazione;

L'Ufficio contabilità crea un fascicolo di bilancio, ove si inseriscono tutti i dati contabili relativi, verificati e attestati dai diversi responsabili prima della redazione del bilancio. Il fascicolo è a disposizione di Revisore dei conti, Presidente e Consiglieri.

Qualora la trasmissione dei dati e delle informazioni avvenga con sistemi informatici, va garantita la tracciabilità dei singoli passaggi e l'identificazione dei soggetti che hanno inserito i dati nel sistema.

I dati e le informazioni contabili inserite nel sistema informatico sono archiviati a cura dell'Ufficio contabilità.

E' vietato modificare, cancellare, distruggere o manomettere il Bilancio e i registri contabili. Ogni correzione è preventivamente autorizzata dal Presidente e dal Revisore dei conti. La correzione, datata e sottoscritta dal Presidente, è apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

Due mesi prima della scadenza prevista per legge per l'approvazione del bilancio, il Direttore coadiuvato dal Revisore dei conti verifica la rispondenza delle voci esposte nel progetto di bilancio e la documentazione presente nel fascicolo di bilancio.

Il Revisore dei conti redige una relazione con il proprio giudizio sul bilancio e sul rispetto degli obblighi statutari, delle prescrizioni di legge previste per il mantenimento dello status di Onlus. Indicano eventuali anomalie o difformità riscontrate tra il progetto di bilancio e la documentazione contabile verificata e le eventuali modifiche suggerite, con le relative motivazioni.

Quindici giorni prima della adunanza del Consiglio d'amministrazione, il progetto di bilancio e la relazione del Revisore contabile vengono trasmesse al Consiglio d'amministrazione ed all'Organismo di vigilanza.

Il Presidente garantisce il corretto svolgimento dell'attività di controllo del progetto di bilancio da parte dei Consiglieri. Fornisce agli stessi ogni richiesta informazione o documentazione attinente.

Alle sedute del Consiglio d'amministrazione in cui si esamina e si approva il Bilancio sono invitati il Revisore dei conti e l'Organismo di vigilanza.

Il Revisore dei conti o chiunque altro ne abbia conoscenza informa l'Organismo di vigilanza di ingiustificate richieste di variazione dei criteri di rilevazione, registrazione e rappresentazione dei dati contabili o variazione quantitativa dei dati contabili già registrati secondo le procedure correnti.

SEZIONE VI - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 QUINQUIES D.LGS. 231/01

- art. 600 codice penale - Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù

- art. 600 quater e 600 quater 1 codice penale - Detenzione materiale pornografico e pornografia virtuale

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suespresso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

In particolare si richiama specificatamente, avuto riguardo alla possibile commissione del "reato presupposto" di cui all'art. 600 codice penale (riduzione o mantenimento in schiavitù o servitù), quanto indicato nel rispetto delle procedure e indicazioni riguardanti la definizione del trattamento economico del personale.

In riferimento alla possibile commissione del "reato presupposto" di cui all'art. 600 quater e 600 quater 1 codice penale (detenzione materiale pornografico con modalità virtuale), si richiama il rispetto delle procedure e indicazioni riguardanti la gestione sistemi informatici.

I) Protocollo per la gestione dei rapporti con gli utenti.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore sanitario, Medici, Infermiere Coordinatore, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori

La Fondazione pone quale principio cardine la cura ed il rispetto delle esigenze degli utenti.

Nella gestione del rapporto con l'utente, il personale è rispetta tutti i protocolli sanitari ed assistenziali, nonché i principi perseguiti dalla Fondazione e contenuti nel Codice Etico.

In particolare va garantito all'utente:

- di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà;
- di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti;
- di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nell'ambiente di appartenenza;
- di essere accudito e curato nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa;
- di avere una vita di relazione;

- di essere messo in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività;
- di essere salvaguardato da ogni forma di violenza fisica e/o morale, di essere messo in condizione di godere e conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza;
- di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.

E' vietato:

- esercitare comportamenti volti a porre in essere violenza, minaccia, abuso di autorità o inganno nei confronti degli utenti al fine di determinarne lo sfruttamento in qualunque sua forma;
- esercitare comportamenti di abuso in qualsiasi forma delle condizioni di inferiorità fisica o psichica dei ricoverati o di una loro situazione di necessità.

SEZIONE VII - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 SEPTIES D.LGS. 231/01 COMMESSI CON VIOLAZIONE DELLE NORME SU TUTELA SALUTE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO

- art. 589 codice penale - Omicidio colposo

- art. 590, comma 3, codice penale - Lesioni personali gravi

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

In particolare si richiamano anche le modalità di assunzione di decisioni del datore di lavoro in materia di sicurezza del lavoro.

m) Protocollo per l'attuazione degli obblighi relativi alla tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Preposti, Addetti squadra antincendio, Addetti al primo soccorso, Consulenti esterni

Per l'analisi e la valutazione dei rischi e la stesura del Documento di Valutazione dei Rischi, il Datore di lavoro deve:

- individuare i criteri di valutazione dei rischi, con particolare riferimento all'attività svolta nello specifico, alle modalità, agli impianti e strumenti utilizzati, ai lavoratori impiegati;
- stabilire i criteri di redazione, ispirati a semplicità, brevità e comprensibilità, così da garantire la completezza ed idoneità del Documento quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali in materia.

Individuazione, analisi e valutazione dei fattori di rischio

Il Datore di lavoro, con la consulenza di professionisti esterni esperti in materia, individua, analizza e valuta ogni fattore di rischio, che gradua secondo la probabilità dell'evento e l'entità del potenziale danno generato. Ricorre alle seguenti figure, da cui acquisisce obbligatoriamente pareri, proposte, conoscenze ed esperienze dirette sui processi di lavoro:

- Responsabile del servizio di prevenzione
- Medico competente
- Preposti
- Addetti alle lavorazioni rischiose
- Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il Datore di lavoro:

- acquisisce la documentazione autorizzativa riguardante lo svolgimento dell'attività aziendale;
- verifica gli impianti, le macchine, le attrezzature e gli strumenti di lavoro utilizzati, acquisendo tutta la documentazione tecnica di pertinenza;
- verifica gli standard tecnico strutturali di legge relativi alle attrezzature, agli impianti, agli ambienti di lavoro;
- verifica materiali e sostanze chimiche, biologiche e, comunque, tutte quelle utilizzate nei processi aziendali, con relative analisi e documentazione di pertinenza, nonché schede di prodotto;
- analizza i processi di lavoro e le relative fasi previste per lo svolgimento delle attività specifiche;
- articola le funzioni per competenza;
- individua le mansioni svolte in ciascun processo di lavoro;
- valuta lo stress-lavoro correlato;
- verifica le attività e modalità d'intervento di soggetti esterni all'organizzazione aziendale che direttamente o indirettamente intervengono a vario titolo nei processi, fasi o ambienti di lavoro;
- verifica i contratti di appalto, d'opera, di somministrazione, altri atti o documenti per

l'instaurazione del rapporto di prestazioni anche professionali, al fine di analizzare i rischi di "reato presupposto" eventualmente causati o subiti da tali soggetti negli ambiti di lavoro;

- analizza gli infortuni verificatisi negli anni precedenti;
- verifica eventuali ispezioni, accertamenti, contestazioni, prescrizioni date, per evitare gli eventi riferiti;
- verifica la regolare diffusione delle informazioni in materia di sicurezza sul lavoro dirette ai soggetti della struttura, dipendenti, collaboratori a vario titolo;
- verifica la documentazione sullo svolgimento del programma di formazione del personale.

Misure di prevenzione e protezione

Alla luce delle predette verifiche, il Datore di lavoro individua ogni misura utile a prevenire e proteggere i lavoratori dai rischi individuati, Si avvale a tal fine, oltre che della consulenza di professionisti esterni esperti in materia, dell'obbligatoria collaborazione e consultazione del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, del Medico competente, dei Preposti dei lavoratori direttamente coinvolti nelle attività a rischio, dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza,.

I risultati sono raccolti, nel rispetto di quanto previsto dagli artt.28 e 29 d.lgs. 81/08, nel Documento di Valutazione dei Rischi, che deve contenere:

- relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la salute e per la sicurezza nell'attività lavorativa;
- indicazione delle misure di prevenzione e protezione adottate;
- indicazione dei dispositivi di protezione individuale adottati;
- indicazione dei dispositivi di protezione collettiva;
- programma delle misure necessarie per garantire un miglioramento dei livelli di sicurezza;
- individuazione delle procedure da adottare con indicazioni di ruoli e soggetti dell'organizzazione che vi debbono provvedere, scelti fra operatori dotati di idonea competenza e potere;
- indicazione nominativi di. Datore di lavoro, Preposti, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Addetti alle squadra di emergenza, Addetti al primo soccorso, con allegate le deleghe scritte conferite;
- individuazione di eventuali mansioni a rischio che richiedano competenze professionali, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento.

Il Documento di valutazione rischi è conservato presso la sede della Fondazione, anche su

supporto informatico.

Il Datore di lavoro aggiorna il Documento di valutazione rischi in occasione di modifiche nei processi aziendali o dell'organizzazione del lavoro ovvero in occasione di utilizzo di nuove tecniche nei processi aziendali, ovvero in caso di infortuni importanti o di risultati della sorveglianza sanitaria che ne richiedano la necessità, ovvero in caso di novità normative.

L'aggiornamento è introdotto entro un mese dal verificarsi di una delle circostanze sopraindicate.

Al verificarsi di variazioni nei soggetti obbligati per la sicurezza, il Datore di lavoro aggiorna il Documento di valutazione rischi.

Il Datore di lavoro comunica sollecitamente all'Organismo di vigilanza le operazioni sopra descritte, nonché ogni fatto rilevante in materia di sicurezza all'interno della Fondazione.

L'Organismo di vigilanza può partecipare alle suddette operazioni fornendo suggerimenti ed indirizzi e/o richiedendo spiegazioni.

n) Protocollo per la formazione, l'informazione, l'addestramento e le prove di emergenza, in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Figure coinvolte: Presidente, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Preposti

L'Ufficio personale e l'Ufficio contabilità avvisano con congruo anticipo il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale di ogni assunzione di lavoratore dipendente o collaboratore continuativo. Tale Responsabile verifica che, prima di iniziare l'attività lavorativa, ogni nuovo operatore abbia compiuto il "percorso formativo" generale e specifico in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, obbligatorio per tutti gli operatori. Per le attività soggette a sorveglianza sanitaria, verifica inoltre che i nuovi operatori abbiano superato la visita di idoneità presso il medico competente. Lo stesso Responsabile verifica e attesta, mediante dichiarazione scritta la sussistenza di deroghe, secondo la vigente normativa, agli obblighi suddetti e alla relativa tempistica. La documentazione sull'avvenuta formazione, il certificato medico di idoneità e ogni altra dichiarazione in merito è conservata dall'Ufficio personale o dall'Ufficio contabilità nel fascicolo personale dell'operatore.

Lo stesso Responsabile comunica in tempo reale eventuali problematiche al Presidente, che impartisce le necessarie istruzioni.

Il Responsabile del servizio prevenzione e protezione aziendale impartisce al Preposto dell'unità operativa di destinazione del nuovo operatore le istruzioni per garantirgli un adeguato

affiancamento, durante il quale egli acquisisca tutte le informazioni e un completo addestramento in ogni aspetto riguardante il tema della sicurezza e salute, relativamente all'unità operativa di appartenenza e alle mansioni affidate. A tal fine il Responsabile si attiene alle norme vigenti, al Documento di valutazione rischi, ai protocolli e alle disposizioni interne. Il Responsabile dell'unità operativa individua gli operatori addetti a tale affiancamento e vigila che abbia effettivamente luogo in maniera completa e corretta. Al termine del periodo di affiancamento, il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale e il Responsabile dell'unità operativa si accertano che il neoassunto abbia acquisito le informazioni e l'addestramento richiesto e redigono un verbale, da conservare, firmato e sottoscritto, nel fascicolo dell'operatore presso l'Ufficio personale o l'Ufficio contabilità.

I contratti individuali di lavoro o di incarico, contemplanò l'obbligo per tutti i lavoratori di sottoporsi alle visite di idoneità alla mansione e di frequentare i corsi di formazione e relativi aggiornamenti in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. Si indicherà in contratto analogo obbligo per le figure professionali potenzialmente chiamate a compiti di preposto, di addetto alla squadra antincendio, di addetto al primo soccorso o ad altri incarichi particolari.

Il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, nel mese di dicembre, in collaborazione con il Consulente professionale esterno, il Medico competente, i Preposti, i RIs definisce una proposta di programma di formazione e aggiornamento in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. La formazione e gli aggiornamenti contemplanò:

- il percorso formativo" generale e specifico per tutti gli operatori
- i vari corsi dedicati alle figure responsabili e agli addetti alle emergenze
- le prove e le simulazioni di emergenza (evacuazione ecc.).

Il programma definitivo è esaminato e approvato dal Presidente entro febbraio. I corsi programmati devono concludersi di norma entro il mese di dicembre. L'individuazione dei soggetti obbligati a frequentare i corsi e ad intervenire alle prove è stabilita insindacabilmente dal Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale in modo tale da garantire che la formazione e l'aggiornamento sia effettuata nei termini e alle scadenze previste. Ogni ingiustificato rifiuto, come pure il mancato superamento del corso per negligenza, costituisce violazione dei doveri e/o inadempimento contrattuale.

Il Documento di valutazione rischi e ogni altra disposizione attuativa interna recepisce il presente protocollo.

o) Protocollo per il rispetto delle misure di prevenzione e protezione adottate e per la repressione delle violazioni.

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Direttore amministrativo, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Preposti

I Preposti hanno, fra i loro compiti, quello di vigilare che gli addetti all'unità operativa rispettino le disposizioni e le cautele in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, indicate nel Documento di valutazione rischi e in ogni altra disposizione interna, o verbale.

L'esercizio della vigilanza consiste nel controllare l'adeguatezza delle modalità operative da parte degli addetti, nel rilevare e correggere gli errori riscontrati.

Il Preposto ribadisce e sottolinea con frequenza le norme di sicurezza, anche se già ampiamente conosciute dai destinatari, onde mantenere alta l'attenzione.

Il Preposto segnala le inosservanze reiterate o comunque gravi al proprio superiore gerarchico e al Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, i quali richiedono tempestivamente l'avvio di un procedimento disciplinare o l'applicazione di misure sanzionatorie.

SEZIONE XVIII - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 OCTIES D.LGS. 231/01

- art. 648 codice penale - Ricettazione

- art. 648 bis codice penale - Riciclaggio

- art. 648 ter codice penale - Impiego denaro, beni o utilità di provenienza illecita

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesposto paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

In particolare, in riferimento specifico alla possibile commissione di "reati presupposto" suindicati, si richiede il rispetto delle procedure e indicazioni riguardanti la gestione delle risorse finanziarie, il protocollo previsto per la gestione della fatturazione e della redazione dei documenti contabili, nonché le procedure previste per la selezione, l'affidamento e la gestione dei fornitori e degli incarichi professionali, nonché le procedure previste per la gestione della cassa.

SEZIONE IX - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 DECIES D.LGS. 231/01

- art. 377 bis codice penale - Induzione a rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni

mendaci all'autorità giudiziaria

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

p) Protocollo per la gestione del contenzioso

Figure coinvolte: Presidente, Consiglio d'amministrazione, Legali esterni

La Fondazione nella gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, arbitrati, mediazioni ecc. è rappresentata dal Presidente.

Il Consiglio d'amministrazione nomina un procuratore o difensore seguendo le procedure inserite nel protocollo relativo alla selezione, affidamento e gestione degli incarichi professionali.

Nella gestione del contenzioso il Presidente provvede a:

- tracciare le vari fasi operative, conservando gli atti e le fonti informative relative ;
- archiviare e protocollare tutti i documenti aziendali ufficiali diretti (tramite Legali esterni e Periti di parte) ai Giudici o ai membri del Collegio Arbitrale - compresi i Periti d'ufficio dagli stessi designati competenti a giudicare sul contenzioso/arbitrato di interesse della Fondazione;
- valutare la congruità formale dei flussi documentali e di esperibilità delle azioni funzionali al procedimento, da parte di un legale interno o del presidio legale di riferimento.

E vietato tenere comportamenti che:

- consentano, in sede di incontri formali ed informali, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte, di indurre Giudici o membri del Collegio Arbitrale (compresi gli ausiliari e i Periti d'ufficio), nonché - quando la Pubblica Amministrazione sia controparte del Contenzioso - i rappresentanti di questa, a favorire indebitamente gli interessi della Fondazione;
- consentano, nel corso delle fasi del procedimento anche a mezzo di legali esterni e periti di parte, di ottenere il superamento di vincoli o criticità ai fini della tutela degli interessi della Fondazione;
- consentano, in sede di ispezioni/controlli/verifiche da parte degli Organismi pubblici o periti d'ufficio, di influenzarne il giudizio/parere nell'interesse del Gruppo, anche a mezzo di Legali esterni e Periti di parte;
- consentano, in sede di decisione del contenzioso/arbitrato, di influenzare indebitamente le

decisioni dell'Organo giudicante, o le posizioni della Pubblica Amministrazione quando questa sia controparte del contenzioso, anche a mezzo di Legali esterni e di Periti di parte.

Il Presidente indica nella Relazione morale allegata al Bilancio il numero e l'andamento dei contenziosi in corso dell'anno, inviandone copia all'Organismo di vigilanza.

SEZIONE XI - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 UNDECIES D.LGS. 231/01

- parte IV d.lgs. 152/06 - Raccolta, trasporto, conservazione, smaltimento gestione ciclo rifiuti

- parte III d.lgs. 152/06 - Tutela delle acque

- parte V d.lgs. 152/06 - Tutela dell'aria

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

q) Protocollo per la gestione dei rifiuti e lo smaltimento dei rifiuti speciali

Le unità operative producono rifiuti pericolosi a rischio infettivo, il cui smaltimento è affidato ad una ditta specializzata esterna incaricata dal Consiglio d'amministrazione.

Il Direttore amministrativo e l'Ufficio tecnico verificano la regolare autorizzazione della ditta incaricata per lo smaltimento dei rifiuti, all'atto del conferimento dell'incarico.

Gli addetti al servizio infermieristico di reparto ripongono i rifiuti a rischio infettivo in specifici contenitori, contrassegnati con appositi adesivi identificativi.

Tali contenitori devono possedere caratteristiche idonee ad evitare la dispersione del materiale in ambiente ed a ridurre il rischio a cui potrebbero essere esposti gli operatori.

Ogni giorno gli operatori infermieristici provvedono al deposito temporaneo dei contenitori presso un locale specifico chiuso a chiave.

In occasione di ciascun stoccaggio, gli operatori del servizio infermieristico compilano un apposito report in cui indicano i materiali stoccati, la data, l'ora e la propria firma.

Gli operatori addetti devono frequentare specifici momenti di formazione e successivi aggiornamenti volto alla conoscenza dettagliata della normativa di riferimento e delle prescrizioni tecniche da utilizzare.

Il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale, relativamente alle sue competenze in materia di sicurezza, partecipa alla scelta del sito di stoccaggio dei rifiuti ed alla formazione del personale.

Il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale e l'Ufficio tecnico sovrintendono alle operazioni di stoccaggio dei rifiuti pericolosi.

La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi sono eseguiti dal Manutentore.

L'Ufficio tecnico verifica mensilmente la correttezza e rispondenza del registro rispetto a quanto indicato nei report redatti giornalmente dagli infermieri di turno.

In occasione del ritiro rifiuti, l'Ufficio contabilità richiede e verifica che il trasportatore rilasci una copia del formulario di identificazione e che i rifiuti siano etichettati in maniera conforme.

I formulari consegnati sono archiviati a cura dell'Ufficio contabilità per almeno cinque anni.

L'Ufficio contabilità verifica altresì che pervenga entro tre mesi dalla data di conferimento dei rifiuti al trasportatore la copia del formulario di identificazione firmata dalla discarica o inceneritore di destinazione.

Qualora tale comunicazione non pervenga, l'Ufficio contabilità ne dà comunicazione al Presidente, per la successiva segnalazione alla Provincia di mancata ricezione del formulario ai sensi dell'art. 188, comma 3, d.lgs. 152/06.

Qualora tali comportamenti perdurino, se ne dà comunicazione all'Organismo di vigilanza.

Ogni anno l'Ufficio tecnico e il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale redigono una relazione sulla gestione dei rifiuti, segnalando eventuali anomalie e/o difformità al Presidente. In caso di anomalie e/o difformità, la relazione è inviata all'Organismo di vigilanza.

Il presente modello è stato approvato dal Consiglio d'amministrazione con delibera n. 41 del 19 dicembre 2014.

REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Art. 1 - Scopo e ambito di applicazione

E' istituito presso la Fondazione un organismo di vigilanza e controllo (di seguito "ODV") sul funzionamento, sull'efficacia, sull'adeguatezza, anche sotto il profilo dell'aggiornamento, e sull'osservanza del Modello di organizzazione e gestione (di seguito "Modello") adottato dalla Fondazione con delibera del Consiglio d'amministrazione, in applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001 n. 231.

Il presente regolamento è predisposto al fine di disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento dell'ODV, individuando, con particolare riferimento ai poteri, ai compiti ed alle responsabilità allo stesso attribuiti.

Art. 2 Nomina e composizione

L'OdV ha natura monocratica anche in relazione alla giurisprudenza che ha ribadito l'esigenza di scegliere il tipo di composizione anche in relazione alle dimensioni aziendali e considerando la natura di Onlus della Fondazione.

La nomina è deliberata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione.

Art. 3 - Requisiti

Il soggetto costituente l'OdV viene scelto tra persone che hanno maturato esperienza nell'ambito della gestione delle problematiche delle Fondazioni, con particolare riferimento al fatto che abbia esperienza nel ruolo di OdV in altre Fondazioni e possibilmente con almeno un triennio di esercizio della professione di avvocato, dottore commercialista, magistrato o dirigente presso Fondazioni onlus.

Art. 4 Incompatibilità

Non possono essere nominati nell'OdV chi:

- svolga una carica elettiva o una funzione pubblica nel territorio ove ha sede la Fondazione;
- svolga funzioni di direzione o di gestione della Fondazione;
- sia coniuge, convivente o parente entro il quarto grado di appartenenti al Consiglio d'Amministrazione (amministratori), dirigenti o figure apicali presso la Fondazione.

Art. 5 Cessazione dall'incarico

La cessazione dall'incarico di OdV può avvenire, oltre che per morte per:

- dimissioni scritte fatte pervenire al Presidente,
- decadenza per sopravvenuto insorgere di cause di ineleggibilità o di incompatibilità;
- per giusta causa.

La revoca compete al Consiglio d'amministrazione che delibera a maggioranza assoluta dei componenti.

Art. 6 - Obblighi e competenze

L'ODV vigila sull'osservanza, sull'efficacia e sull'aggiornamento del Modello, ispirandosi a principi di autonomia, indipendenza e continuità dell'azione.

A tal proposito esso:

- propone le modifiche e le integrazioni al Modello, previo concerto con il Presidente e il Direttore amministrativo;
- informa il Consiglio d'amministrazione ed il Revisore dei conti sull'attività svolta con cadenza annuale, anche in ossequio alla della Giunta Regionale Lombarda n. IX/3540 del 30 maggio 2012.
- promuove, di concerto, con il Presidente e il Direttore amministrativo, programmi di formazione /informazione.
- predispone strumenti utili a ricevere flussi informativi al fine di ricevere periodicamente informazioni e segnalazioni dai responsabili di funzioni, dagli organi sociali, dai dipendenti.

Ha poteri ispettivi, di controllo e di verifica sul funzionamento e sull'osservanza del Modello, sulla effettiva applicazione dei protocolli e sulla regolare tenuta dei documenti con obbligo di redigere verbali ispettivi e di controllo.

Segnala le eventuali infrazioni al Modello al Presidente, per l'adozione dei provvedimenti sanzionatori da parte dei predetti organi.

Art. 7 - Funzionamento

L'ODV monocratico interviene presso la Fondazione almeno due volte l'anno.

In ogni caso interviene, anche a sorpresa, con visite ispettive. Delle ispezioni è redatto verbale a cui è allegata specifica documentazione. L'ODV assicura la riservatezza delle informazioni di cui vengono in possesso durante l'esercizio delle loro funzioni.

L'OdV interviene ogniqualvolta sia fatta richiesta dal Presidente o da i membri del Consiglio d'Amministrazione.

Art. 8 - Modalità comunicative tra OdV e Fondazione

Ogni tipo di comunicazione scritta tra Fondazione e ODV e viceversa si ritiene validamente effettuata anche tramite e-mail, se indirizzate alle caselle di posta elettronica prescelte dalle parti. Per la Fondazione: direttore@fmboldesico.it, presidente@fmboldesico.it Per l'OdV: gabriele.zucchinali@virgilio.it .

Art. 9 - Modifiche al Regolamento

Eventuali modifiche al presente regolamento possono essere apportate unicamente a mezzo di delibere adottate dal Consiglio d'amministrazione anche su proposta dell'OdV.

Il presente Regolamento è stato approvato dal Consiglio d'amministrazione con delibera n. 41 del 19 dicembre 2014