

FONDAZIONE DON STEFANO PALLA - ONLUS  
PIAZZA BREMBANA (BG)  
-----

**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 esser 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 po-

teri 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 (apicali 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, 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.*

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

- a) individuare uno o più canali che consentano ai soggetti indicati nell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte; tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione;*
- b) almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;*
- c) il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione;*
- d) nel sistema disciplinare adottato ai sensi del comma 2, lettera e), sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate. (2)*

**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, 316ter 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.);
- induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319quater c.p.)
- istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
- concussione (art. 317 c.p.)
- traffico di influenze illecite (art. 346bis 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.1):**

- 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.1).**

**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.);
- Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro (art. 603bis 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, nonché autoriciclaggio (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.

**l. 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; immisione 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):**

- Inquinamento ambientale (art. 452bis c.p.)
- Disastro ambientale (art. 452quater c.p.)
- Delitti colposi contro l'ambiente (art. 452quinquies c.p.)
- Traffico e abbandono di materiale ad alta radioattività (art. 452sexies c.p.)
- 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.

Inoltre si applica l'art. 12, c. 3, 3bis, 3ter, 5.

**p. Razzismo e xenofobia (art. 25-terdecies)**

Tale articolo è stato aggiunto dalla l. 167/17 ed in relazione alla commissione dei delitti di cui all'articolo 3, comma 3-bis, della legge 13 ottobre 1975, n. 654, si applica all'ente la sanzione pecuniaria da duecento a ottocento quote. Nei casi di condanna per i delitti di cui al comma 1 si applicano all'ente le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2, per una durata non inferiore a un anno.

Se l'ente o una sua unità organizzativa è stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti indicati nel comma 1, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 16, comma 3.

**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.

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 31.12.2012 per le unità d'offerta residenziali con capacità recettiva pari o superiore agli 80 posti letto.

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 31 dicembre 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 e la delibera della Regione Lombardia ne enumera i principi tra cui onestà, imparzialità, riservatezza, rispetto delle norme delle persone e dell'ambiente ecc..

Per un esame esaustivo della delibera regionale si allega alla presente copia dell'allegato B par. 2.2.3 della delibera n. IX/ 3540 del 30.05.2012. (allegato n.1).

## **ASSETTO ORGANIZZATIVO E GOVERNANCE**

### **1 - GOVERNANCE DELL'ENTE**

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

#### **1.1 - Consiglio di amministrazione**

La Fondazione è retta dal Consiglio di amministrazione di cinque membri, eletti dall'assemblea generale.

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

Alcuni compiti sono espressamente delegati al Presidente, al Vice presidente e al Direttore sanitario.

#### **1.2 - Presidente**

Il Presidente, 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 sanitario.

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 ed il medico competente. Per gli interventi significativi comportanti oneri economici riferisce al Consiglio per la decisione finale.

Firma tutte le rendicontazioni per i servizi sanitari e assistenziali prestati per conto dell'Asl.

### **1.3 - Segretario**

Il Segretario è nominato dal Consiglio d'Amministrazione.

Redige i verbali delle adunanze ed affianca il Consiglio nella gestione della Fondazione.

### **1.4 - Direttore sanitario**

Il Direttore sanitario è la figura di vertice della Fondazione in ambito sanitario assistenziale, per quanto concerne le mansioni della sfera professionale medico - sanitarie.

Propone la nomina del personale medico, per la decisione finale da parte del Consiglio.

## **2 - ASSETTO ORGANIZZATIVO**

### **2.1 - Unità operative sanitarie e sanitario-assistenziali**

Gli addetti presso le varie unità operative sanitario assistenziali sono tutti dipendenti della Cooperativa Sociale KCS Live appaltatrice dei servizi fino al 31.12.2015.

Il personale medico e/o specialistico fa riferimento al Direttore sanitario.

#### **2.1.1. - R.S.A.**

La Residenza Sanitario Assistenziale ha 87 posti accreditati dalla Regione.

E' articolata in due reparti: R.S.A. (geriatrici) e "Nucleo Alzheimer"

- Autorizzazione al funzionamento del 23 febbraio 2004 n. 633, rilasciata dalla Provincia di Bergamo

- Contratto Asl vigente del 30 dicembre 2011, attuativo dell'accREDITAMENTO regionale del 7 agosto 2009



### **2.1.2 - Hospice**

La Struttura residenziale per pazienti terminali (Hospice), ha 9 posti autorizzati ed accreditati dalla Regione. Offre prestazioni sanitario assistenziali, anche di natura palliativa, a pazienti che, in conseguenza di gravi patologie, si trovano nella fase terminale della propria vita.

- Autorizzazione all'esercizio vigente per n. 9 posti (da Scia) con parere favorevole Asl n. 1099 del 21 settembre 2012
- Contratto Asl vigente del 30 dicembre 2011 per n. 9 posti, attuativo dell'accréditamento regionale del 11 maggio 2011 n. 1716;

### **2.1.3 - A.D.I.**

Il Servizio Assistenza Domiciliare Integrata opera nel distretto di Zogno (alta Valle Brembana) con interventi sanitari e assistenziali al domicilio dei pazienti.

- Autorizzazione all'esercizio come da Scia del 16 luglio 2012

### **2.1.4. – S.A.D.**

### **2.1.5 – Consultorio Familiare**

**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 Monte Sole 2 - Piazza Brembana (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 discendenti, ecc.) mediante notifica a mano del MOG, oppure inviato anche via mail.

Entro 60 giorni dalla sua adozione, il Segretario, 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 della Fondazione
- affissione, mediante messa a disposizione in luogo accessibile a tutti i dipendenti, collaboratori, discendenti e fornitori.

Ai fini dell'efficace attuazione del Modello, la formazione e l'informativa del personale sarà garantita dal Presidente e dal Direttore Sanitario in stretto coordinamento con l'Organismo di Vigilanza, 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 fatti-

specie di reato presupposto, la valenza del modello di organizzazione e di gestione, codice etico, compiti e poteri e flussi informativi dell'Odv, sistema sanzionatorio.

In particolare verrà effettuata informazione specifica esclusivamente al personale delle aree a rischio: amministratori – direttori – responsabili delle risorse umane, della contabilità, della farmacia, del sistema qualità – responsabili singole unità di offerta socio sanitaria – R.S.P.P. : 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.

**ORGANISMO DI VIGILANZA**

La composizione dell' Organismo di Vigilanza (ODV) è monocratico e dura in carica fino al 31.12.2013.

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 nominato l'avvocato Gabriele Zucchinali con delibera del Consiglio d'Amministrazione in data 28 giugno 2012 e informato con lettera di incarico sottoscritta dal presidente Comm. Pietro Busi (con delibera del C.d.A. del 29/03/2019 è stato nominato il nuovo Odv, avv. Andrea Bergami).

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, discenti) 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 Segretario e il revisore, 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 al 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 essere informato da tutti i destinatari del modello organizzativo e di gestione, (vale a dire Presidente, consiglieri, revisore dei conti, rspp, dipendenti, collaboratori con contratto di libera professione), 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 dei verbali di ispezione dell'Asl 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 ( vedi sopra) o comunicazioni scritte presso la sede dell'ente ed indirizzate all'Odv.

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

I componenti dell'Odv sono chiamati 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,comma2, 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 compro-

mettere, 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 tra-



smette al Consiglio di Amministrazione e al Revisore una relazione contenete:

- 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 Presidente (se l'interessato è un dipendente, collaboratore, fornitore, appaltatore etc.) ovvero da due membri del Consiglio di Amministrazione (se relativo a Direttore Sanitario, oppure a Presidente, Consigliere o Segretario).

- 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 del componente 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. Affinchè 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 assessment".

Le audizioni presso la Fondazione sono state effettuate dall'avvocato Gabriele Zucchini, del Foro di Bergamo, incaricato dal Consiglio D'amministrazione in data 28.06.2012 della consulenza per la costruzione del modello di organizzazione, gestione e di controllo della Fondazione.

In particolare la cronologia degli incontri è la seguente:

**Verbale di audizione del 19.11.2012:** .....

**Verbale di audizione del 17.12.2012:** .....

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;
- Verbale del Cda di attribuzione di cariche e poteri ( deleghe o procure);
- Regolamento interno e Carta Servizi;
- C.C.N.L. applicato a tutto il personale dipendente (n. 2 dipendenti CCNL Enti Locali- Regioni);
- 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, il piano di sicurezza, deleghe o procure e 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 casa, nonché della ripartizione dei poteri e delle competenze.

### ***II 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 Segretario, il Direttore Sanitario, l'R.S.P.P.A, dell'Ufficio amministrazione, del personale.

***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.
- **Rilevante**: 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, Segretario, Revisore, Organo di vigilanza.

**Rischio reato: basso**

## **AREA BILANCIO**

**Procedura di formazione e approvazione del Bilancio della Fondazione - Revi-**



## **sore dei conti**

### ***Reati ipotizzabili: art. 25 ter (reati societari)***

Il Bilancio della Fondazione, per anno civile, viene materialmente predisposto dall'Ufficio amministrazione, 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, nominato ogni tre 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 amministrazione, Consiglio d'Amministrazione, 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.

I pagamenti originano quasi esclusivamente dal suddetto conto corrente, in base a disposizioni di pagamento redatte in via telematica dall'Ufficio contabilità, successivamente firmate dal Presidente, unici soggetti abilitati e con a disposizione le relative credenziali segrete di accesso.

**Soggetti coinvolti** : Ufficio amministrazione, Presidente e Segretario

**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**

**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 amministrazione, 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 nei conti correnti della Fondazione.

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

**Soggetti coinvolti** : Ufficio amministrazione, 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.

Le richieste vengono firmate dal Presidente, quale legale rappresentante.

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, Segretario, Organismo di vigilanza

**Rischio reato: Rilevante**

**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 deliberato dal Consiglio d'amministrazione e sottoscritte dal Presidente.

Le relative pratiche di carattere urbanistico edilizio strutturale sono curate da un libero professionista esterno incaricato dal Consiglio d'amministrazione. Il profes-

sionista, in accordo col l'Ufficio tecnico interno, tiene i rapporti con l'autorità preposta fino alla conclusione del procedimento. Il professionista incaricato tiene sempre al corrente l'Ufficio tecnico sul corso della pratica.

**Soggetti coinvolti** : Consiglio d'amministrazione, Presidente, Consulenti esterni, Organo di vigilanza

**Rischio reato: Rilevante**

**Ispezioni Asl per vigilanza su requisiti, controllo appropriatezza ecc.**

Durante le visite ispettive è coinvolto il Direttore Sanitario, che opera su delega del Presidente, e il Responsabile servizi infermieristici che agevolano l'accesso ai vari locali e forniscono tutta la documentazione richiesta. 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 sanitario, Responsabile servizi infermieristici, Presidente, OdV.

**Rischio reato: Basso**

**Ispezioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro**

Durante le visite ispettive al momento non si è stabilita una procedura con la quale si interviene. Il Responsabile S.P.P.A fornisce i documenti richiesti e agevola l'accesso ai vari locali.

Il Verbale di vigilanza è consegnato al Presidente, quale datore di lavoro.

**Soggetti coinvolti** : Presidente, Responsabile S.P.P.A.

**Rischio reato: Critico**

**AREA GESTIONE DEL PERSONALE**

**Assunzione extra comunitari**

***Art. 25quinquies intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro***

**Soggetti coinvolti** : Cooperativa appaltatrice servizi socio-sanitari-assistenziali,  
Presidente

**Rischio reato: Rilevante**

***art.25 duodecies impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare***

Prima di procedere con l'assunzione del dipendente, comunitario e non, l'Ufficio amministrativo deve chiedere all'interessato la documentazione probatoria del possesso dei requisiti richiesti per legge per la copertura del posto. Qualora il dipendente sia non comunitario viene richiesta copia del permesso di soggiorno in corso di validità e, una volta acquisito, si provvede ad indicare gli estremi nella comunicazione di assunzione inoltrata tramite il portale SINTESI. Viene annotata anche la data di scadenza del permesso in modo da verificare in corso di rapporto che il lavoratore provveda al rinnovo.

**Soggetti coinvolti** : Cooperativa appaltatrice servizi socio-sanitari-assistenziali,  
Presidente

**Rischio reato: Rilevante**

***Art. 25terdecies – razzismo e xenofobia***

**Soggetti coinvolti** : Cooperativa appaltatrice servizi socio-sanitari-assistenziali,  
Presidente

**Rischio reato: Basso**

**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 di un consulente professionista esterno, nominato dal Consiglio d'amministrazione. Il Documento di valutazione rischi è approvato dal Presidente quale datore di lavoro. Nel corso dell'anno vengono fatti con lo stesso incontri ogni tre mesi e comunque all'occorrenza, 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 Rspda, nominata dal Presidente. Il Rspda 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 dipenden-

ti.

Esiste un piano di emergenza ed evacuazione, costantemente aggiornato da Rsppa  
Ogni anno il Rsppa e il Responsabile servizi infermieristici organizzano e curano la  
formazione degli operatori da inserire nella squadra antincendio e di quelli addetti  
al primo soccorso.

**Soggetti coinvolti** : Presidente, Consiglio d'amministrazione, Consulente esterno,  
Medico competente, Responsabile S.P.P.A, Organismo di vigilanza.

**Rischio reato: Critico**

#### **AREA INFORMATICA**

*Reati ipotizzabili art.24 bis (Delitti informatici e trattamento illecito di dati, in particolare: Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria - art. 491-bis codice penale; Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico - art. 615-ter codice penale)*

La Fondazione dispone di un Documento sulla sicurezza, aggiornato annualmente, contenente anche la policy per evitare l'accesso abusivo al sistema informatico.

Responsabile della sicurezza dei dati è il Presidente, in carenza di esplicito incarico.

I soggetti che possono accedere ai dati informatici sono singolarmente autorizzati per iscritto dal Presidente.

I soggetti autorizzati dispongono di credenziali personali di accesso, riservate e con obbligo di segretezza. L'autorizzazione specifica l'ampiezza e l'ambito dei trattamenti, con le relative modalità, secondo "aree" di competenza specificate nel Documento sulla sicurezza.

L'apparato informatico dispone di sistemi antivirus e anti intrusione atti a prevenire l'intercettazione illecita di comunicazioni informatiche o il danneggiamento di in-

formazioni e programmi.

**Soggetti coinvolti:** Presidente, Ufficio amministrativo.

**Rischio reato: Rilevante**

**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: Basso**

**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.

L'Ufficio amministrazione 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 15 gg. provveda al suo trasporto e smaltimento.

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

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** : Direttore sanitario, Responsabili infermieristici di reparto, Ufficio amministrazione

**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 sujestesa parte I.

## 2) **PROTOCOLLI GENERALI DI PREVENZIONE**

### **Linee di Condotta generali**

La Fondazione dovrà registrare documentalmente ogni operazione posta in essere dai propri operatori in relazione alle attività di rischio – reato presupposto.

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

Nell'ambito dell'attività della Fondazione 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 documentazione indirizzata allo Stato, ad un ente locale o ad un ente pubblico dovrà essere preventivamente soggetto a controllo di idoneità da parte del Presidente della Fondazione, Segretario o da parte di Responsabili delle unità di offerta, ognuno per la loro competenza.

Ogni movimentazione di denaro e di fondi da parte della Fondazione dovrà obbligatoriamente essere registrato documentalmente con specifica indicazione degli autori o beneficiari dell'operazione eseguita.

Dovrà essere altresì tenuto un registro delle anagrafiche dei soggetti che sono autori di pagamenti verso la Fondazione e che sono destinatari dei pagamenti eseguiti dall'ente ( esiste un conto tesoreria che di fatto comprende la tracciabilità di tutte le operazioni suesposte).

Nei rapporti con i rappresentanti della ASL, Regione, Provincia, Comune ovvero di qualsiasi altro ente pubblico o pubblica amministrazione, anche delle Comunità eu-

ropee, è fatto divieto a chiunque operi in nome e per conto della Fondazione di condizionare le decisioni con violenza, minaccia o inganno.

Il Presidente e i Consiglieri, il Segretario, il Responsabile Amministrativo e il Direttore sanitario e il Responsabile della Cooperativa, nonché i responsabili delle unità di offerta, sono tenuti alla reciproca informazione e consulenza in tutte le ipotesi in cui l'attività dell'uno possa riguardare la competenza dell'altro. A tale scopo viene prevista circa mensilmente la convocazione di una riunione informativa: in particolare ogni mese si tiene un Consiglio di Amministrazione. Settimanalmente vi è la riunione dei reparti.

Dovrà essere redatto verbale delle suddette riunioni e copia di tale verbale se gli argomenti trattati attengono a interventi relativi ad aree a rischio reato presupposto dovranno altresì essere inviati per conoscenza all'ODV.

Ogni attività deve essere autorizzata specificamente o in via generale da chi ne abbia il potere.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione, in ragione dell'articolazione delle attività e della complessità organizzativa, può adottare un sistema di deleghe di poteri e funzioni. La delega è ammessa con i seguenti limiti e condizioni:

- a) che essa risulti da atto scritto recante data certa;
- b) che il delegato possenga tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;
- c) che essa attribuisca al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate;

d) che essa attribuisca al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni delegate;

e) che la delega sia accettata dal delegato per iscritto;

f) che alla delega sia data adeguata e tempestiva pubblicità.

Nelle ipotesi in cui il trasferimento di funzioni avvenga in materia di organizzazione del lavoro il soggetto delegato può, a sua volta, previa intesa con il datore di lavoro, delegare specifiche funzioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto dei medesimi limiti e condizioni di cui sopra.

In questo caso permane l'obbligo di vigilanza in capo al delegante in ordine al corretto espletamento delle funzioni trasferite. Il soggetto al quale sia stata conferita tale delega non può, a sua volta, delegare le funzioni delegate.

## **PROTOCOLLO GENERALE PER L'ASSUNZIONE E L'ESECUZIONE DELLE DECISIONI DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

### 1 - Iniziativa

Per l'assunzione delle decisioni del Presidente sarà necessaria l'iniziativa dello stesso o di un Responsabile ( ad es. Segretario, Direttore Sanitario, Responsabili unità di offerta ecc.)

Qualora l'argomento riguardi uno dei rischi reati individuati nella mappatura aziendale, il Presidente, anche attraverso il Responsabile Amministrativo, sarà tenuto ad informare l'ODV dell'iniziativa.

### 2- decisione

Il Presidente assume la decisione in autonomia senza alcuna sollecitazione o influenza esterna nell'esclusivo interesse della Fondazione e perseguendo le finalità statutarie, nell'ambito dei poteri delegati e nei limiti assegnati.

Il Presidente dovrà formalizzare la propria decisione in un documento scritto, dandone comunicazione all'ODV se l'argomento abbia attinenza ad un rischio reato-presupposto.

### 3-Esecuzione della decisione

Il Presidente deve sempre individuare il soggetto che dovrà essere incaricato di provvedere all'esecuzione dei compiti ivi indicati, stabilendo il termine entro cui deve essere eseguito.

Il soggetto incaricato dovrà porre in essere ogni attività necessaria all'esecuzione del compito affidatogli, provvedendo a dare comunicazione al Presidente, e per conoscenza all'ODV qualora sia di sua competenza, l'avvenuta esecuzione integrale o parziale della decisione.

Il soggetto incaricato sarà tenuto a dare notizia al Presidente dell'eventuale impossibilità di eseguire la sua decisione.

### 4-Controllo

Il Consiglio di amministrazione e il Segretario sono tenuti a verificare periodicamente la regolarità e legittimità delle decisioni assunte.

### 5- 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.

### 6- Conservazione

Ogni documento relativo all'istruttoria eseguita riguardante l'assunzione delle decisioni e l'attuazione delle stesse dovrà essere conservata per le eventuali verifiche.

## **PROTOCOLLO GENERALE PER LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE**

La gestione delle risorse finanziarie deve avvenire secondo la normativa vigente e in particolare, secondo i principi dettati dal D.lgs.n.231/2007, concernente la prevenzione nell'utilizzo delle stesse a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.

E' fatto divieto di 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.

E' altresì vietato utilizzare strumenti di pagamento anomali per effettuare trasferimenti di somme di denaro.

E' fatto obbligo di utilizzare solo ed esclusivamente intermediari iscritti nei relativi albi per le transazioni finanziarie.

Dovrà essere altresì eseguita una costante verifica e monitoraggio dei flussi finanziari.

Le presenti misure di prevenzione generale dovranno essere rispettate per l'esecuzione di ogni operazione o di ogni procedura avente necessità di trasferimenti di denaro.

L'impiego ordinario di risorse finanziarie deve essere motivato dal soggetto richiedente sulla scorta di contratti o ordini autorizzati e sottoscritti per accettazione dal Presidente della Fondazione .

Ogni operazione e/o transazione commerciale deve essere preventivamente autorizzata , coerente, documentata, motivata, registrata e verificabile;

I documenti inerenti le operazioni aventi ad oggetto trasferimenti di denaro della Fondazione devono essere archiviati e conservati a cura dell'Ufficio Amministrazione e con modalità tali da non consentire una modifica successiva se non dandone specifica evidenza.

Flussi informativi: tutti gli operatori sono tenuti a comunicare all'ODV deviazioni nelle procedure di acquisto nonché manifeste difformità in eccesso tra il valore del bene acquistato ed il quantum versato per la fornitura.

Nel caso in cui per ragioni d'urgenza e di impossibilità temporanea si deroghi alle procedure operative sopra descritte il responsabile di tale operazione dovrà informare immediatamente l'ODV della deroga attuata specificando i motivi della deroga stessa e dovrà altresì richiedere una successiva ratifica del proprio operato a cura del proprio diretto responsabile.

Tutti gli operatori sono tenuti a mantenere a disposizione dell'ODV tutta la documentazione relativa alle operazioni eseguite, curandone l'aggiornamento e la tenuta.

Scelta dei mezzi di pagamento: 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.

Gli assegni bancari o postali emessi devono riportare l'indicazione dettagliata del beneficiario con nome o ragione sociale, nonché con l'apposizione della clausola di non trasferibilità.



Gli assegni circolari, vaglia postali e cambiari sono emessi con l'indicazione del nome o della ragione sociale del beneficiario, nonché con l'apposizione della clausola di non trasferibilità.

E' vietata l'apertura in qualunque forma di conti correnti o libretti di risparmio in forma anonima o con intestazione fittizia.

## **PROTOCOLLO GENERALE PER LE DECISIONI DEL DATORE DI LAVORO**

### *1 -L'iniziativa*

L'iniziativa può provenire direttamente dal Datore di Lavoro ovvero dal proprio delegato ai sensi dell'art.16 D.Lgs n.81/2008, Subdelegati ex art. 16 co 3 bis D.Lgs n.81/2008, Preposti, Lavoratori RSPP, RLS e Medico Competente.

### *2 – Attività preliminari alla decisione*

Il Datore di lavoro deve provvedere direttamente o eventualmente tramite persona dallo stesso incaricata affinché siano acquisite adeguate informazioni sulle decisioni da assumere, interfacciandosi con il delegato, i preposti, l'RSPP e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione della sicurezza in base alle loro specifiche competenze ed attribuzioni.

Prima di assumere la decisione, se le informazioni fornite non siano ritenute sufficienti per un agire informato il Datore di Lavoro sarà tenuto ad assumere 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.

Il Datore di Lavoro invierà per conoscenza all'ODV copia del documento in cui la propria decisione è stata formalizzata.

Della decisione assunta dovranno essere posti a conoscenza il delegato, i preposti, l'RSPP e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione della sicurezza in base alle loro specifiche competenze ed attribuzioni, con l'invio di comunicazione scritta che verrà sottoscritta dai rispettivi destinatari per presa visione.

Il Datore di Lavoro sarà obbligato a dare tempestiva comunicazione all'ODV della decisione assunta qualora riguardi :

- l'assetto organizzativo della Fondazione relativamente alle scelte strategiche ex art. 2087 c.c.;
- l'analisi e la valutazione dei rischi;
- la nuova stesura o la revisione del DVR;
- la nomina o la sostituzione dell'RSPP;
- il conferimento di eventuali deleghe ex art. 16 D.Lgs n.81/2008;

E' fatto obbligo di conservare ed archiviare copia della comunicazione inviata all'ODV con sottoscrizione da parte dello stesso di ricevuta o con rapporto di ricevuta emesso sotto altra forma.

#### 4-Esecuzione della decisione

Il Datore di Lavoro deve sempre individuare il soggetto che dovrà essere incaricato di provvedere all'esecuzione della decisione, qualora non vi provveda direttamente, stabilendo il termine entro cui deve essere eseguito.

Il soggetto incaricato o il Datore di Lavoro, qualora vi provveda direttamente, dovrà porre in essere ogni attività necessaria all'esecuzione del compito affidatogli, provvedendo a dare comunicazione al Datore di Lavoro, e per conoscenza all'ODV qua-

lora sia di sua competenza, l'avvenuta esecuzione integrale o parziale della delibera.

#### 5-Controllo

Il Datore di Lavoro è tenuto a verificare 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 co 3 D.Lgs n.81/2008.

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

#### 6-Pubblicità della decisione

Le decisioni assunte dal Datore di lavoro riguardanti lo svolgimento delle attività in sicurezza devono essere opportunamente divulgate a tutti i soggetti interessati nell'ambito dell'impresa affinché si realizzi la più ampia informazione sull'assetto organizzativo della sicurezza.

#### 7- 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.

#### 8- Conservazione

Ogni documento relativo all'istruttoria eseguita riguardante l'assunzione delle decisioni e l'attuazione delle stesse dovrà essere conservata per le eventuali verifiche.

**PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE**

**SEZIONE I - ART.24 D.LGS.N.231/2001**

*Art.316 bis c.p. - Malversazione stato*

*Art.316 ter c.p.- Indebita percezione di erogazioni Stato*

*Art.640 comma 2 n.1 c.p. - Truffa verso Stato o altro ente pubblico*

*Art. 640 bis c.p.- Truffa aggravata per conseguimento erogazioni pubbliche*

*Art.640 ter c.p. - Frode informatica a danno dello stato o di altro ente pubblico*

*La Fondazione in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali indicati nel presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fatti-specie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione della fatturazione e della redazione dei documenti contabili**

Nella gestione della fatturazione e della redazione dei documenti contabili il personale dell'Ufficio Amministrativo è tenuto al rigoroso rispetto dei seguenti principi:

- a) principi contabili;
- b) normativa di settore;
- c) riservatezza, completezza e veridicità delle informazioni contenute nei documenti redatti;
- d) accuratezza dei dati e delle elaborazioni eseguite.

La Fondazione fa espresso divieto ai propri operatori di :

- rappresentare o trasmettere al consulente esterno dati contabili falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che per legge devono essere indicati nei documenti contabili;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti contabili;
- illustrare i dati e le informazioni che non forniscano una presentazione corrispondente all'effettivo dato contabile riguardante l'operazione economico-finanziaria posta in essere dall'ente;
- 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;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero ovvero occultare informazioni rilevanti relative a condizioni economiche, patrimoniali o finanziarie della Fondazione;
- porre in essere qualsiasi comportamento che sia di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza anche in sede di ispezioni da parte delle autorità pubbliche di vigilanza.

La fatturazione e l'emissione di qualsiasi documento contabile deve essere autorizzata dal Presidente che dà l'assenso all'emissioni delle fatture predisposte dall'addetto alla contabilità dell'Ufficio Amministrazione.

L'emissione della fattura o di qualsivoglia documento contabile deve basarsi su documentazione giustificativa dell'attività della Fondazione oggetto di fatturazione.

Gli estremi di tale documento devono essere riportati nella causale di ciascuna fattura emessa.

I dati inseriti nella fattura devono trovare rapido e puntuale riscontro nella documentazione di riferimento che deve essere conservata ed archiviata, anche su supporti informatici, presso la sede della Fondazione.

E' fatto espresso divieto di alterare, modificare, cancellare, distruggere documenti contabili e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati.

Qualora sia necessario alterare, modificare e/o cancellare documenti contabili o i dati ivi contenuti, detta operazione dovrà essere preventivamente autorizzata dal Presidente, il quale sarà tenuto a comunicare le motivazioni di tale intervento, informando tempestivamente l'ODV.

Il Revisore contabile effettuerà periodicamente in collaborazione con l'addetto alla contabilità dell'Ufficio Amministrazione la verifica della corrispondenza tra i documenti contabili emessi e la documentazione giustificativa accertandone la regolare conservazione ed archiviazione. L'esito di tale controllo dovrà essere certificato da apposito verbale, che dovrà essere inviato, in caso vengano riscontrate anomalie, all'ODV.

#### **b) Protocollo per la redazione di documentazione socio-sanitaria**

I documenti socio-sanitari sono tutti gli strumenti informativi redatti dagli operatori della Fondazione che siano volti a descrivere tutte le informazioni anagrafiche, socio-sanitarie, infermieristiche, fisioterapiche, assistenziali e psicopedagogiche significative relative a ciascun ospite.

Nell'ambito della Fondazione "Don Stefano Palla onlus", a titolo esemplificativo, rientrano tra i documenti socio-sanitari le cartelle cliniche, i PAI "Piano Assistenziali Individuali", i SOSIA "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza", la SFOFAM (scheda sanitaria per Hospice).

Tutti i documenti socio-sanitari della Fondazione devono essere redatti in modo chiaro, puntuale e diligente, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione psico-fisica dell'ospite e la sua evoluzione, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

I documenti socio-sanitari devono essere dotati delle seguenti caratteristiche:

- Tracciabilità: dovrà essere tenuta traccia di tutti i dati contenuti nei documenti redatti delle decisioni adottate e dei fatti riscontrati;
- Rintracciabilità: ogni attività eseguita dagli operatori della struttura verso l'ospite dovrà essere documentato per iscritto su apposito documento sottoscritto dall'operatore intervenuto;
- Chiarezza: ogni dato inserito in un documento socio-sanitario dovrà essere chiaro ed univoco, senza consentire l'ingenerarsi di incertezze interpretative; in particolare le informazioni ivi contenute dovranno essere facilmente leggibili ed intellegibili da tutti gli operatori che hanno accesso ai documenti socio-sanitari.
- Accuratezza ed appropriatezza: le descrizioni contenute nei documenti dovranno conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente e basarsi sui principi medici, infermieristici, assistenziali, fisioterapici e psicopedagogici conosciuti ed utilizzati in letteratura, rispettando altresì le linee gui-

da di settore stabilite dalla normativa di riferimento comunitaria, statale, regionale e locale.

Veridicità: i dati inseriti nei documenti socio-sanitari devono rappresentare la realtà dei fatti.

- Attualità: i dati inseriti nei documenti socio-sanitari dovranno essere aggiornati periodicamente con immediata registrazione di ogni dato e informazione rilevante sopraggiunta.
- Completezza: i dati inseriti nei documenti socio-sanitari dovranno essere completi, comprendendo ogni informazione richiesta al fine di valutare in modo complessivo e sufficientemente dettagliato la situazione dell'ospite,
- Pertinenza: i dati inseriti nei documenti socio-sanitari devono essere pertinenti, completi ed non eccedenti le finalità per le quali sono raccolti e trattati.

La Fondazione fa espresso divieto ai propri operatori di :

- rappresentare o trasmettere dati socio-sanitari falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che per legge devono essere indicati nei documenti socio-sanitari;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti socio-sanitari;
- illustrare i dati e le informazioni che non forniscano una presentazione corrispondente all'effettivo dato obiettivo riguardante lo stato psico-fisico dell'ospite;



- 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;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al verso ovvero occultare informazioni rilevanti relative allo stato psico-fisico dell'ospite o all'evoluzione dello stesso;
- porre in essere qualsiasi comportamento che sia di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza anche in sede di ispezioni da parte delle autorità pubbliche di vigilanza.

L'emissione di ogni documento socio-sanitario avviene a cura di un operatore professionalmente e funzionalmente competente per conoscere e valutare i dati e le informazioni richieste dal documento redigendo.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le cartelle sanitarie vengono redatte dai medici incaricati;
- Le Cartelle sociali vengono redatte con il supporto degli Educatori Professionali;
- il PAI "Piano Assistenziale Individuali" viene redatto da una équipe multidisciplinare composta da Medici, Infermieri, ASA/OSS e Animatori dell'Area Anziani;
- La SOSIA "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" viene redatta dai medici incaricati e supervisionati dal Direttore Sanitario.
- La scheda SDOFAM per il nucleo hospice viene redatto da una équipe multidisciplinare composta da Medici, Infermieri, ASA/OSS e Animatori dell'Area Anziani, con la supervisione del Responsabile Sanitario;

L'emissione dei documenti socio sanitari devono basarsi su documentazione giustificativa in cui vengono rappresentati i controlli eseguiti, criteri di valutazione utilizzati e le motivazioni di emissione.

I dati inseriti nel documento socio-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' fatto espresso divieto di alterare, modificare, cancellare, distruggere documenti socio-sanitari e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati.

Qualora sia necessario alterare e/o cancellare documenti socio-sanitari o i dati ivi contenuti, detta operazione dovrà essere preventivamente autorizzata dal Presidente e dal Direttore Sanitario e dai responsabili per area di competenza.

Il Presidente, il Direttore Sanitario ed i responsabili dovranno comunque indicare le motivazioni di tale alterazione o cancellazione, che dovrà risultare dal documento oggetto di intervento, in calce all'atto modificato o in documento separato che dovrà essere allegato al documento sanitario oggetto di intervento.

Tutti i documenti suddetti dovranno essere conservati e messi a disposizione dell'ODV.

Sono preposti al controllo e alla verifica periodica della Documentazione i responsabili di area che renderanno conto al Direttore Sanitario o al Presidente.

L'esito di tale controllo dovrà essere certificato da apposito verbale, che dovrà essere inviato, in caso vengano riscontrate anomalie, all'ODV.

**c) Protocollo per la compilazione di documentazione per l'ottenimento di contributi o finanziamenti pubblici**

La Fondazione, in ragione dei servizi di natura socio-assistenziale dalla stessa svolti dispone di un accreditamento regionale ed acquisisce contributi regionali nello svolgimento della propria attività.

Per l'ottenimento dei suddetti contributi la Fondazione è tenuta alla trasmissione di relazioni e di rendicontazioni nei confronti della Pubblica Amministrazione o di altri soggetti pubblici che rappresentano l'andamento in termini qualitativi e quantitativi della propria attività.

Nell'ambito della Fondazione a titolo esemplificativo rientrano tra i suddetti documenti le relazioni trimestrali ed annuali indirizzate all'ASL per il servizio RSA e Hospice , la relazione mensile per servizi ADI e SAD la segnalazione di inizio attività per l'accredimento dei servizi, le domande per la partecipazione ed aggiudicazione di appalti pubblici e ogni ulteriore istanza, domanda, certificazione o comunicazione inviata a soggetti pubblici.

Tutta la documentazione indirizzata a soggetti pubblici dovrà essere redatta in modo chiaro, puntuale e diligente, nel rispetto delle regole imposte dall'ente destinatario e contenere ogni dato obiettivo relativo all'attività della Fondazione ed alla sua situazione organizzativa, economica, finanziaria e patrimoniale.

La decisione in ordine alla presentazione di qualsivoglia istanza, domanda e /o certificazione indirizzata ad un soggetto pubblico dovrà essere assunta dal Presidente con apposito documento, previa convocazione del Consiglio di Amministrazione con indicazione specifica nell'ordine del giorno di tale argomento.

Il Presidente deve documentare per iscritto ed informare il Consiglio di Amministrazione e l'ODV in merito ad ogni contatto avuto direttamente o attraverso Funzioni ed Uffici con soggetti appartenenti all'ente pubblico a cui è indirizzata la richiesta o

la documentazione nella fase istruttoria, nonché in merito alle ragioni ed ai contenuti di tali contatti.

Nella formazione della documentazione indirizzata a soggetti pubblici la Fondazione fa espresso divieto ai propri operatori di :

- rappresentare o trasmettere dati falsi, lacunosi o, comunque, non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni che per legge o per regolamento devono essere indicati nei documenti;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti;
- illustrare i dati e le informazioni che non forniscano una presentazione corrispondente all'effettivo dato obiettivo riguardante la struttura, l'attività, i servizi resi e la situazione economica, finanziaria, contabile e patrimoniale della Fondazione;
- 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;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero ovvero occultare informazioni rilevanti relative alla struttura, all'attività, ai servizi resi ed alla situazione economica, finanziaria, contabile e patrimoniale della Fondazione;
- porre in essere qualsiasi comportamento che sia di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza anche in sede di ispezioni da parte delle autorità pubbliche di vigilanza.

L'emissione di ogni documento indirizzato ad un soggetto pubblico avviene a cura di un addetto dell'Ufficio Amministrazione o di altro operatore professionalmente e funzionalmente competente per conoscere e valutare i dati e le informazioni richieste dal documento redigendo.

I dati inseriti nei documenti indirizzati ad un ente pubblico 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' fatto espresso divieto di alterare, modificare, cancellare, distruggere i documenti e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati.

Qualora sia necessario alterare e/o cancellare i documenti o i dati ivi contenuti, detta operazione dovrà essere preventivamente autorizzata dal Presidente e dai responsabili di area che dovranno giustificare l'alterazione e/o la cancellazione operata con succinta nota in calce a copia del documento siglato dall'autore o con nota scritta in foglio separato siglato dall'autore.

Tutti i documenti suddetti dovranno essere conservati e messi a disposizione dell'ODV.

Ogni documento indirizzato ad un ente pubblico dovrà essere oggetto di verifica e controllo da parte del Presidente, previo confronto a campione dei dati inseriti e dei documenti di riferimento.

I Controlli dovranno essere certificati da apposito verbale che dovrà essere inviato, in caso vengano riscontrate anomalie, all'ODV.

Ogni documento indirizzato ad un Ente pubblico dovrà essere firmato dal Presidente della Fondazione.

**d) Protocollo per l'accesso ai portali di enti pubblici, assegnazione e gestione credenziali**

La Fondazione provvede alla trasmissione di alcuni documenti rilevanti alla Pubblica Amministrazione attraverso accesso diretto ai Sistemi informativi della Pubblica Amministrazione. Nell'ambito della procedura è previsto il DPS.

A tale scopo l'ente è stato dotato di credenziali per l'accesso a tali sistemi, disponendo di un username e di una password personale.

Le password di abilitazione per l'accesso ai Sistemi Informativi della Pubblica Amministrazione sono detenute per ragioni di servizio dagli addetti all'Ufficio Amministrazione.

Al fine di garantire un utilizzo adeguato di tali credenziali gli addetti all'Ufficio Amministrazione sono tenuti a rispettare i seguenti principi:

- le suddette credenziali possono essere utilizzate esclusivamente dai soggetti debitamente indicati dal Presidente;
- le suddette credenziali devono essere tenute in posto non accessibile ad altri soggetti non autorizzati;
- le informazioni inserite nei sistemi informativi della Pubblica Amministrazione dovranno essere preventivamente autorizzate dal Presidente previa sottoscrizione del documento cartaceo riportante le suddette informazioni;
- i documenti siglati dal Presidente giustificativi degli inserimenti telematici dovranno essere conservati ed archiviati presso la sede della casa.
- È fatto espresso divieto di alterare, modificare, cancellare o distruggere qualsivoglia informazione inserita nel sistema informatico o acquisita dal sistema stesso;

- Al termine dell'inserimento l'operatore è tenuto a stampare i dati inseriti nel sistema informatico, attestandone, se non già indicato nel documento stampato, la data e l'ora di accesso al sistema; tali documenti dovranno essere conservati ed archiviati unitamente ai documenti siglati dal Presidente.

In caso in cui la Fondazione riceva da parte dell'ASL o di altro ente pubblico contestazioni in ordine alle informazioni inserite nei portali pubblici, il Presidente, anche attraverso il Responsabile Amministrativo, dovrà provvedere ad informarne per iscritto l'ODV, allegandovi copia della documentazione riguardante l'inserimento dei dati contestati.

Il Presidente o il Segretario, anche attraverso il Responsabile Amministrativo sono tenuti ad eseguire annualmente una verifica a campione di dati inseriti, nonché accertando la regolare conservazione di tutte le stampe dei dati inseriti e dei documenti giustificativi debitamente siglati dallo stesso Presidente o Segretario, redigendo all'esito di tale verifica un report.

Il Presidente, in caso riscontri anomalie o difformità, è tenuto a darne immediata segnalazione all'ODV.

## **SEZIONE II - ART. 24 BIS D.Lgs n. 231/2001**

*Art.491 bis c.p. Falsità documenti informatici*

*Art.615 ter c.p. Accesso abusivo sistema informatico o telematico*

*Art.615 quater Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici*

*Art.635 bis c.p. Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici*

*Art. 635 ter Danneggiamento informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo stato o da altro ente o comunque di pubblica utilità*

**ART. 25 NOVIES D.Lgs.n. 231/2001**

*Art.171 L.n.633/1941 Delitti in materia di violazione diritti d'autore*

*La Fondazione in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'area a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione e la modalità di utilizzo dei sistemi informatici**

La Fondazione per la gestione delle informazioni contabili, gestionali della struttura e socio-sanitarie degli ospiti utilizza un programma gestionale denominato Softwareuno.

Tra i servizi di base accessibili ai dipendenti e collaboratori dotati di postazioni di lavoro personali vi sono in particolare la posta elettronica e la navigazione in internet.

Nella gestione dei sistemi informatici esiste appropriato regolamento esaminato e fatto conoscere ai responsabili dei servizi.



Ad ogni operatore autorizzato ad accedere alla rete informatica aziendale sono attribuite una user ID e una password personali, che lo stesso si impegna a non comunicare a terzi, salvo che all'ODV per lo svolgimento dei suoi compiti.

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

Ogni variazione apportata al profilo dell'utente, nonché l'esclusione dal sistema informativo devono essere comunicate per iscritto dal Presidente, con segnalazione all'ODV.

Ogni accesso ed operazione eseguita da ciascun operatore dovrà essere rintracciabile grazie a un backup giornaliero automatico con il salvataggio e la registrazione di ogni informazione inserita, cancellata e modificata all'interno di ciascun computer aziendale.

Il Presidente, verificato con l'operatore di riferimento le ragioni delle anomalie riscontrate, è tenuto ad avvisare l'ODV qualora le anomalie perdurino o non trovino adeguata giustificazione.

Tutti gli operatori della Fondazione devono adottare comportamenti conformi, oltre che al Codice Etico, anche 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 devono essere adottati 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, pro-

curando un profitto ovvero un vantaggio competitivo o di immagine alla Fondazione.

In particolare è fatto espresso divieto di:

- utilizzo a scopo personale dei computer aziendali;
- accesso ad internet di siti non attinenti alle funzioni lavorative affidate;
- utilizzo della posta elettronica per comunicazioni non attinenti all'attività ed agli scopi perseguiti dalla Fondazione.

Sito internet della Fondazione viene gestito da un consulente esterno previa informativa da parte dell'Amministrazione e dei responsabili di unità di offerta.

**SEZIONE III - Art.24 ter e Art. 25 duodecies D.LGS N. 231/2001**

*Art.416 c.p. Associazione per delinquere*

*Art. 416 bis c.p. Associazione di tipo mafioso*

*Art. 416 ter c.p. Scambio elettorale di tipo mafioso*

*Art. 74 D.P.R.N.309/1990 Associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope*

*Art. 25 duodecies D.lgs.n231/2001 Impiego di lavoratori stranieri privi di permesso di soggiorno*

*La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'area a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la selezione, l'assunzione e la definizione del trattamento economico e la gestione del personale**

Il processo di selezione e assunzione del personale è costituito da tutte le attività necessarie alla costituzione del rapporto di lavoro tra la Fondazione e una persona fisica. In particolare l'assetto organizzativo della Fondazione prevede due dipendenti: Responsabile Amministrativo e Segretaria. il resto dei dipendenti è appaltato alla cooperativa KCS Live di Bergamo.

Il processo di assunzione di eventuale personale dipendente della Fondazione viene utilizzato per tutte le figure professionali alle dipendenze della Fondazione ed è strutturato :

- acquisizione e gestione dei curriculum-vitae;
- selezione;
- formulazione dell'offerta ed assunzione.

Il Presidente provvede alla sottoscrizione del contratto di lavoro verificando che il trattamento economico previsto rientri nei parametri indicati dal CCNL-ENTI LOCALI REGIONI.

In tutte le fasi del processo di selezione del personale è fatto divieto di tenere comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento dei profili professionali necessari all'esecuzione del lavoro.
- favoriscano taluni soggetti, al fine di perseguire un interesse o conseguire un vantaggio personale o della Fondazione, in assenza di specifica valutazione inerente le caratteristiche oggettive, sia professionali che personali, necessarie all'esecuzione del lavoro da svolgere;

- favoriscano taluni soggetti discriminandone altri in ragione del sesso, età, origine razziale ed etnica, opinioni politiche, credenze religiose, stato di salute, orientamento sessuale o condizioni economico-sociali ecc.;
- agevolino il reclutamento di personale in assenza di regolare contratto di lavoro;
- consentano la definizione di condizioni economiche non coerenti con la posizione ricoperta dal candidato e le responsabilità e/o i compiti a questo assegnati;
- permettano condizioni di lavoro non rispettose della dignità personale e delle pari opportunità ed un ambiente di lavoro non adeguato, in violazione delle disposizioni legislative in materia di lavoro e della normativa fiscale, previdenziale ed assicurativa;
- Promettano l'erogazione di partecipazioni al fatturato, *benefits* o altri analoghi incentivi, parametrati al futuro conseguimento di risultati finanziari, il cui ottenimento nell'esercizio appaia straordinariamente difficile tenuto conto del normale andamento del PCDO;
- Prevedano che lo stipendio dei dipendenti contempra *ad personam*, in qualsiasi forma, incentivi commisurati al risultato finanziario dell'impresa, se non debitamente autorizzati dal Presidente e comunicati all'ODV.

Il Responsabile Amministrativo è tenuto al momento dell'assunzione a consegnare a tutti i neo assunti i seguenti documenti:

- regolamento Personale;
- regolamento disciplinare;
- piani di lavoro di competenza;

- Documento di Valutazione dei Rischi relativi alla funzione assunta;
- documento esplicativo dei Dispositivi di Sicurezza da utilizzare;
- copia del presente Modello;
- piano di emergenza per l'evacuazione;
- codice etico.

La consegna di tali documenti deve essere certificata tramite sottoscrizione per ricevuta da parte del neoassunto. Le suddette ricevute devono essere conservate ed archiviate in Amministrazione unitamente a copia dei documenti identificati del neo assunto ed al contratto di lavoro sottoscritto.

Al momento dell'assunzione il Responsabile di Amministrazione chiede al neo assunto la documentazione personale necessaria per la stesura del contratto di lavoro e gli adempimenti ad esso legati.

In caso di lavoratori stranieri il Responsabile Amministrativo provvede a richiedere copia del permesso di soggiorno verificando la scadenza e la regolarità.

L'Ufficio Amministrazione è tenuto a formare un elenco indicando le scadenze dei permessi di soggiorno di tutti i lavoratori stranieri che dovrà essere verificato periodicamente.

Il lavoratore deve fornire tempestivamente il rinnovo del permesso o comunque la ricevuta rilasciata dalla Questura e/o Prefettura attestante l'inoltro della richiesta di rinnovo.

Nel caso in cui il lavoratore, su invito scritto del Responsabile Amministrativo, ometta di consegnare la documentazione suddetta, il Responsabile Amministrativo segnala al Presidente ed all'ODV tale comportamento per le iniziative del caso verso il dipendente.

Il Presidente è tenuto a comunicare ogni sei mesi all'ODV l'elenco delle assunzioni effettuate con indicazione dei trattamenti economici previsti, nonché consuntivo delle attività di formazione/informazione sul Modello svolte nel periodo con espressa indicazione delle attività rivolte alle aree a rischio.

Tutto i passaggi per l'assunzione del personale della Cooperativa, in conformità con il contratto di appalto dei servizi stipulato, dovranno essere documentati dal Responsabile della Cooperativa che dovrà informare il Presidente della Fondazione. Alla Cooperativa dovrà essere consegnato il Codice Etico, la carta Servizi e il Modello Organizzativo di Gestione.

#### **SEZIONE IV - ART.25 D.Lgs.n.231/2001**

*Art. 317 c.p. Concussione*

*Art. 318 c.p. Corruzione per un atto d'ufficio*

*Art. 319 c.p. Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio*

*Art. 321 c.p. Pene per il corruttore*

*Art. 322 co 1 e 3 e co 2 e 4 c.p. Istigazione alla corruzione*

*La Fondazione in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali indicati nel presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione dei rapporti con ASL, Regione, soggetti pubblici in generale ed autorità di vigilanza e loro ispezioni.**

I rapporti con ASL, Regione, soggetti pubblici in generale ed autorità di vigilanza, vengono tenuti da chi di competenza (es. Presidente, Consiglieri, Segretario, Responsabile Amministrativo Direttore Sanitario per il settore sanitario, la Responsabile della Cooperativa ed i vari Responsabili per il settore socio-educativo).

Il Presidente sottoscrive i contratti in base allo Statuto.

È vietato a tutti i suddetti soggetti 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 ovvero ai loro ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle o a persone da quelle indicate.

In occasione delle ispezioni disposte dall'ASL, dai NAS o altre Autorità di Vigilanza, possono partecipare per competenza, il Presidente, Il Segretario, il Direttore Sanitario, la Responsabile della Cooperativa, il Responsabile amministrativo l'Amministrazione e altre figure quando richieste.

Dei risultati di tutte le ispezioni si deve avvisare il Presidente che, anche attraverso il Responsabile Amministrativo, riferirà all'ODV qualora le autorità di vigilanza verificano irregolarità o difformità trasmettendo allo stesso copia del verbale.

**b) Protocollo per la selezione, l'affidamento e la gestione dei fornitori**

Le scelte vengono proposte dal Presidente, dopo aver sentito, qualora si ritenga necessario e per la specifica area di competenza, il Direttore Sanitario e i vari responsabili di servizi.

I Fornitori vengono scelti sulla base dei servizi resi e dell'economicità del servizio ed efficienza.

I fornitori utilizzati vengono revisionati e valutati di anno in anno con verifiche dettagliate e documentate (ad es. preventivi).

I beni forniti devono essere ricevuti dall'Operatore addetto, personale di reception, che ne provvede a verificare la rispondenza qualitativa e quantitativa raffrontando l'ordine e la bolla di consegna.

L'Operatore addetto a ricevere la merce e/o a curare l'esecuzione del servizio deve portare la bolla di consegna o il rapportino di esecuzione del servizio siglati all'Ufficio Amministrazione unitamente ad una segnalazione scritta sull'eventuale non conformità della merce o del servizio reso.

L'Ufficio Amministrazione provvede ad inviare copia della segnalazione scritta al Presidente.

In caso di difformità rilevanti e/o ripetute da parte del medesimo fornitore, il Presidente deve inviare altresì una segnalazione all'ODV.

L'Ufficio Amministrazione deve verificare la rispondenza tra ordine, bolla e fattura. Effettuata tale verifica predispone la documentazione necessario per pagamento, apponendo una sigla, ed consegna tale documentazione al Responsabile Amministrativo, che ne controlla la correttezza e la veridicità: a controllo effettuato il Responsabile Amministrativo sigla la documentazione necessaria per il pagamento e la trasmette al Presidente che autorizza per iscritto il pagamento.

A pagamento effettuato, l'Ufficio Amministrazione provvede a darne tempestiva comunicazione al Presidente. Nella selezione del fornitore e nella gestione del rapporto con lo stesso è fatto divieto a tutti di porre in essere comportamenti che:



- consentano di non espletare un'adeguata attività selettiva fra i diversi offerenti e di obiettiva comparazione delle offerte;
- consentano di privilegiare fornitori segnalati o “graditi” a soggetti pubblici in assenza dei criteri tecnico-economici per la selezione dei potenziali candidati
- consentano a soggetti non autorizzati di procedere alla stipulazione dei contratti ed all'approvazione delle relative varianti/integrazioni.
- consentano l'emissione di fatture a fronte di forniture in tutto o in parte inesistenti o la creazione di fondi patrimoniali a fronte di forniture contrattualizzate a prezzi non congrui o non corrispondenti a quanto pattuito in sede di definizione contrattuale;
- consentano di effettuare pagamenti che non trovino adeguata giustificazione in relazione alla fornitura oggetto del contratto.
- non consentano di liquidare gli importi dovuti in modo trasparente, documentabile e ricostruibile, non consentendo in particolare la verifica circa la corrispondenza fra il soggetto beneficiario del pagamento ed il fornitore.

Il Presidente provvede annualmente a comunicare all'ODV l'elenco degli acquisti effettuati in deroga ai requisiti sopra esposti, relazionando in ordine alle motivazioni di tali deroghe e fornendo, qualora necessarie, le relative autorizzazioni da parte del Consiglio di Amministrazione.

#### **SEZIONE V - ART. 25 BIS D.LGS.N.231/2001**

*Art. 453 c.p. Spendita di monete falsificate, previo concerto*

*Art. 454 c.p. Alterazione monete*

***Art. 455 c.p. Detenzione, spendita di monete false senza concerto***

***Art. 457 c.p. Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede***

*La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'area a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione della cassa**

La Fondazione è dotata di un cassa interna gestita dall'Ufficio Amministrativo i cui fondi vengono utilizzati per provvedere al pagamento di acquisti di modesta entità e per le spese accessorie ai servizi amministrativi (quali posta, valori bollati o altro).

La provvista della cassa avviene tramite gli incassi o di piccole liberalità o prelievi dal conto per esigenze di cassa.

E' fatto obbligo all'Ufficio Amministrazione di:

- 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 o biglietti contraffatti, mediante apposito report a cui vengono allegati le monete o i biglietti in questione; il Presidente provvede a rilasciare un'apposita ricevuta.

ta ed ad informare immediatamente l'autorità di polizia giudiziaria e l'ODV.

**SEZIONE VI - ART. 25 TER D. LGS.N.231/2001**

*Art. 2621 c.c. False documentazioni sociali*

*Art. 2622 c.c. False comunicazioni sociali in danno dei creditori*

*Art. 2625 co 2 c.c. Impedito controllo*

*Art.2627 c.c. Illegale ripartizione delle riserve*

*Art. 2629 c.c. Operazioni in danno dei creditori*

*Art. 2629 bis c.c. Omessa comunicazione del conflitto di interessi*

*Art. 2632 c.c. Formazione fittizia del capitale*

*Art.2638 Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di Vigilanza*

*La Fondazione in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la formazione e l'approvazione del bilancio**

Per consentire che la formazione e l'approvazione del bilancio di esercizio della Fondazione avvenga regolarmente l'addetto all'Ufficio Amministrativo deve essere

messo a conoscenza, delle norme, dei principi contabili da adottare per la definizione delle poste di bilancio le modalità operative per la loro contabilizzazione.

E' fatto obbligo all'addetto Responsabile dell'Amministrazione ed al Segretario di rispettare i seguenti principi:

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

La Fondazione fa espresso divieto ai propri operatori di :

- rappresentare 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 che non forniscano una presentazione corrispondente all'effettivo dato contabile riguardante la situazione economico-finanziaria posta in essere della Fondazione;
- 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;

- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero ovvero occultare informazioni rilevanti relative a condizioni economiche, patrimoniali o finanziarie della Fondazione;
- porre in essere qualsiasi comportamento che sia di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza anche in sede di ispezioni da parte delle autorità pubbliche di vigilanza.

L'Ufficio Amministrativo provvede a formare un fascicolo di bilancio nel quale vengono inseriti tutti i dati contabili relativi al bilancio.

Qualora la trasmissione dei dati e delle informazioni avvenga per il tramite di sistemi informatici deve essere garantita la tracciabilità dei singoli passaggi e l'identificazione dei soggetti che hanno inserito i dati nel sistema.

E' fatto espresso divieto di alterare, modificare, cancellare, distruggere i dati e le informazioni contabili inserite nel sistema informatico che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati.

Qualora sia necessario alterare, modificare e/o cancellare documenti contabili o i dati ivi contenuti, detta operazione deve essere preventivamente autorizzata dal Segretario.

Quest'ultimo sarà tenuto a comunicare le motivazioni di tale intervento, informando tempestivamente il revisore contabile e l'ODV.

Il Bilancio della Fondazione è approvato con delibera dal Consiglio di Amministrazione.

Il Revisore contabile o chiunque ne sia a conoscenza deve informare l'ODV di ingiustificate richieste di variazione dei criteri di rilevazione, registrazione e rappre-

sentazione dei dati contabili o variazione quantitativa dei dati contabili già registrati in base alle procedure correnti.

**SEZIONE VII -Art. 25 quinquies D.Lgs.n.231/2001**

*Art.600 c.p. Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù*

*Art. 600 quater e quater 1 c.p. Detenzione materiale pornografico e pornografia virtuale*

*La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione dei rapporti con gli ospiti**

La Fondazione pone quale principio cardine della propria attività la cura ed il rispetto delle esigenze degli ospiti.

Nella gestione del rapporto con l'ospite, il personale è tenuto al rigoroso rispetto di tutti i protocolli socio-sanitari, del Codice Etico e della Carta dei Servizi.

**SEZIONE VIII - ART. 25 SEPTIES D.Lgs.n.231/2001**

*Art. 589 c.p. Omicidio colposo*

*Art. 590 co 3 c.p. Lesioni personali*

*La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'area a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per l'attuazione degli obblighi giuridici relativi alla valutazione dei rischi in materia di sicurezza sul lavoro**

Al fine di procedere all'analisi e valutazione dei rischi ed alla successiva stesura del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) il Datore di Lavoro delega l'RSPP ed il Responsabile Gestionale a deve:

- Individuare i criteri di valutazione dei rischi con particolare riferimento all'attività svolta nello specifico, alle modalità e agli impianti e strumenti utilizzati nella realizzazione dell'attività e in relazione ai lavoratori impiegati;
- Stabilire i criteri di redazione del DVR che devono comunque ispirarsi a semplicità, brevità e comprensibilità, in modo da garantire la completezza ed idoneità del DVR quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione;

- Individuazione dei fattori di rischio

Il Responsabile Gestionale deve operare con la fattiva collaborazione del Responsabile del servizio di prevenzione e del Medico competente, effettuando la dovuta

consultazione del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e richiedendo la continua collaborazione dei Preposti per acquisire le loro dirette esperienze nei processi di lavoro, al fine di effettuare la più appropriata analisi dei rischi.

A tale scopo L'RSPP ed il Responsabile Gestionale provvedono a:

- acquisire la documentazione autorizzativa riguardante lo svolgimento dell'attività aziendale;
- verificare gli impianti, le macchine, le attrezzature e gli strumenti di lavoro utilizzati, acquisendo tutta la documentazione tecnica di pertinenza;
- verificare gli standard tecnico strutturali di legge relativi alle attrezzature, agli impianti con particolare attenzione ai luoghi di lavoro;
- verificare dei materiali e delle sostanze chimiche, biologiche e comunque di tutte quelle utilizzate nei processi aziendali, con relative analisi e documentazione di pertinenza, nonché schede di prodotto;
- analizzare i vari processi di lavoro e le relative fasi previste per lo svolgimento delle attività specifiche;
- articolare delle funzioni per competenza;
- individuare delle mansioni svolte in ciascun processo di lavoro;
- valutazione dello stress-lavoro correlato;
- verificare lo svolgimento di soggetti esterni all'organizzazione aziendale che direttamente o indirettamente a vario titolo intervengono nei processi di lavoro in fasi di lavoro e nell'ambiente di lavoro dell'impresa;
- verificare le modalità di intervento di soggetti esterni e del tipo di attività svolta da tali soggetti;



- verificare i contratti di appalto, d'opera, di somministrazione, di altri atti o documenti per l'instaurazione del rapporto di prestazioni anche professionali al fine di analizzare i rischi di reati presupposto che potrebbero essere causati o subiti da tali soggetti negli ambiti di lavoro dalla Fondazione
- analizzare gli infortuni verificatisi negli anni precedenti;
- verificare eventuali ispezioni, accertamenti, contestazioni, prescrizioni intervenuti nei confronti della Fondazione per evitare gli eventi ad essi riferiti;
- verificare la regolare diffusione delle informazioni in materia di sicurezza sul lavoro dirette ai soggetti della struttura, dipendenti, collaboratori a vario titolo della Fondazione;
- verifica della documentazione attinente al regolare svolgimento del programma di formazione del personale.

Nello svolgimento di tali attività l'RSPP assume informazioni e coinvolge i vari addetti alle diverse funzioni aziendali per realizzare un'indagine più completa possibile.

L'RSPP provvede a indicare i fattori di rischio rilevati nel piano di valutazione dei rischi e graduati in base alla probabilità che l'evento possa verificarsi ed all'entità del potenziale danno che possono generare.

All'esito di tale valutazione l'RSPP in collaborazione con il Responsabile Amministrativo ed il Medico competente, previa consultazione del RLS e richiedendo la collaborazione dei propri preposti, deve individuare le misure organizzative e di prevenzione più congrue a rischi rilevanti ed al livello di rischiosità riscontrato nelle specifiche attività di lavoro.

Nello svolgere tale operazione l'RSPP deve consultare i lavoratori direttamente coinvolti nelle attività a rischio.

All'esito di tale attività Il Datore di lavoro redige il Documento di Valutazione dei Rischi nel rispetto di quanto previsto dagli artt.28 e 29 D.Lgs n.81/2008 che deve contenere:

- relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la salute e per la sicurezza durante l'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 dei ruoli e dei soggetti dell'organizzazione che vi debbono provvedere, scelti fra operatori dotati di idonea competenza e potere;
- indicazione dei nominativi del Datore di Lavoro, Preposti, RSPP, RLS, Medico competente addetti alle squadre di emergenza e di primo soccorso, con allegazione delle deleghe scritte conferite;
- individuazione di eventuali mansioni a rischio che richiedano competenze professionali, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento.

Il Datore di Lavoro provvede a sottoscrivere e munire il DVR di data certa anche mediante sistemi informatici.

Il DVR verrà conservato presso la sede della Fondazione anche su supporto informatico.

Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di aggiornare il DVR 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 deve avvenire entro un mese dal verificarsi di una delle circostanze sopraindicate.

Quando si verificano variazioni nei soggetti obbligati per la sicurezza l'RSPP provvede all'aggiornamento del DVR.

Il Datore di Lavoro deve comunicare tempestivamente all'ODV l'esecuzione delle operazioni suddescritte, nonché di ogni fatto rilevante in materia di sicurezza che si verifichi all'interno dell'ente.

L'ODV potrà partecipare alle suddette operazioni fornendo suggerimenti ed indirizzi e/o richiedendo spiegazioni.

#### **SEZIONE X -Art. 25 DECIES D.LGS N.231/2001**

##### ***Art.377 bis c.p. Induzione a rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria***

*La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali del presente Modello, nonché di ogni altro proto-*

*collo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione del contenzioso**

La Fondazione nella gestione del contenzioso sia stragiudiziale che giudiziale, sia in occasione di arbitrati o di mediazioni è rappresentata dal Presidente, Legale Rappresentante della Fondazione.

Nella gestione del contenzioso il Legale Rappresentante o un suo delegato 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 dell'ente.
- Valutare la congruità formale dei flussi documentali e di esperibilità delle azioni funzionali al procedimento.

Al Presidente o a ciascun soggetto coinvolto nella gestione del contenzioso della Fondazione è fatto divieto di 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 dell'ente-
- 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.

Ogni anno il Responsabile Amministrativo redige una relazione indicando il numero e l'andamento dei contenziosi in corso e dei contenziosi definiti nel corso dell'anno, inviandone copia all'ODV.

#### **SEZIONI XI - ART. 25 UNDICES D.lgs. N. 231 /2001**

*Parte IV D.lgs n.152/2006 Raccolta, trasporto, conservazione, smaltimento gestione ciclo rifiuti*

*Parte III D.Lgs. n.152/2006 Tutela delle acque*

*Parte V D.Lgs. n.152/2006 Tutela dell'aria*

La Fondazione , *in merito all'astratta possibilità di commissione dei reati suindicati in base all'aree a rischio indicate nella Parte Speciale del presente Modello ha individuato dei protocolli specifici di comportamento che devono essere rispettati da tutti gli operatori, i quali saranno tenuti in ogni caso anche al rispetto delle linee di condotta e dei protocolli generali indicati nel presente Modello, nonché di*

*ogni altro protocollo specifico indicato nel presente paragrafo e associato ad altri fattispecie di reato – presupposto.*

**a) Protocollo per la gestione dei rifiuti e lo smaltimento dei rifiuti speciali**

La Fondazione, in virtù della propria attività, produce rifiuti pericolosi a rischio infettivo il cui smaltimento viene ad una ditta specializzata esterna.

Il Presidente tramite l'ufficio Amministrativo che riferisce provvede a verificare la regolare autorizzazione della ditta incaricata per lo smaltimento dei rifiuti all'atto del conferimento dell'incarico.

Prima del ritiro da parte della ditta specializzata, ogni giorno gli operatori provvedono al deposito temporaneo dei rifiuti presso in locale specifico chiuso a chiave per evitare l'intrusione di personale non idoneamente formato alla manipolazione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo.

Gli addetti al servizio provvedono a riporre i rifiuti in specifici contenitori prestampati.

In occasione di ciascun stoccaggio, gli operatori del servizio infermieristico provvedono alla compilazione, sul contenitore prestampato, dei dati relativi in cui vengono indicati i materiali stoccati, la data, l'ora e la propria firma.

Il RSPP, relativamente alle sue competenze in materia di sicurezza, partecipa alla scelta del sito di stoccaggio dei rifiuti ed alla formazione del personale.

La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi viene eseguito manualmente nel registro carico/scarico, dal Responsabile Sanitario.

In occasione dello scarico dei rifiuti, l'Ufficio Amministrazione 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 verranno conservati ed archiviati a cura dell'Ufficio Amministrazione per almeno cinque anni. L'Ufficio Amministrazione provvede altresì a verificare che pervenga entro tre mesi dalla data di conferimento dei rifiuti al trasportatore la copia del formulario di identificazione firmata dal destinatario. In caso in cui tale comunicazione non pervenga l'Ufficio Amministrazione provvede ad avvisare per iscritto il Presidente, affinché provveda a comunicare la mancata ricezione del formulario ai sensi dell'art. 188 comma 3 del D.lgs. 152/06.

Qualora tali comportamenti perdurino, il Presidente è tenuto a comunicare all'ODV, le irregolarità riscontrate.

**Il presente modello organizzativo e di gestione è approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 20 Dicembre 2012.**

**Effettuata la revisione del modello organizzativo e di gestione in data 26 luglio 2019**