

FONDAZIONE I.P.S. CARD. GUSMINI - ONLUS
VERTOVA (BG)

***MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO***

(d.lgs. 231/01 e d.g.r. 3540/12)

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

(d.lgs. 231/01 e d.g.r. 3540/12)

PARTE GENERALE

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO

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

Il decreto legislativo 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 "reati presupposto", commessi da soggetti appartenenti ai vertici aziendali o anche da dipendenti e collaboratori.

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. 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).

Il giudice decide 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 pecuniarie vi sono quelle interdittive, previste dall'art. 9:

- l'interdizione, definitiva o temporanea, dall'esercizio dell'attività;
- la sospensione o revoca di autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
- l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di

quelli già concessi;

- il divieto, temporaneo o definitivo, di pubblicizzare beni o servizi.

Vi sono infine due altre sanzioni: 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 fonte di responsabilità amministrativa per l'ente sono in numero definito. Tuttavia il sistema è costruito in modo da consentire l'estensione della disciplina sulla responsabilità dell'ente a nuove 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 chi è sottoposto alla direzione o vigilanza dei soggetti sopra indicati e cioè i lavoratori subordinati o collaboratori), 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 a 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".

Il modello organizzativo deve essere approvato con delibera del Consiglio d'amministrazione e deve tradursi in un sistema operativo dotato di sensori per tener sotto controllo il rischio reato.

Pertanto, all'ente è richiesta l'adozione di modelli comportamentali costruiti tenendo conto del rischio reato, calibrati in modo da evitare la realizzazione di determinate condotte illecite. Deve trattarsi non di una mera adozione, posto che l'esonero da responsabilità dell'ente consegue solo a un'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 dividendo il modello attraverso:

- a) la mappatura delle aree aziendali a rischio: per dare pratica attuazione al modello questa fase deve essere svolta attraverso interviste e conseguenti verbali, per fornire 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 per dimostrare che la condotta del reo si è svolta fraudolentemente rispetto alle procedure e così escludere il coinvolgimento dell'ente;

- b) un codice etico, recante norme comportamentali e sanzioni disciplinari;
- c) un organismo di vigilanza, autonomo, indipendente e in posizione di terziarietà, col compito di verificare e controllare l'attuazione del modello organizzativo, e col potere di proporre modifiche e integrazioni, oltre che di segnalare le problematiche riscontrate. L'organismo di vigilanza opera in conformità a specifico regolamento mediante ispezioni, l'accesso ad informazioni e documenti e poteri di verifica sulle deleghe, procure e procedure operative.

La nomina dell'organismo di vigilanza deve essere fatta dall'organo di vertice dell'ente. La giurisprudenza ha affermato l'esigenza di scegliere il tipo di composizione, mono o plurisoggettiva, anche in relazione alle dimensioni aziendali. I poteri dell'organismo 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 comunicare all'organismo di vigilanza, anche con mail dedicate, le ispezioni degli enti sovra ordinati (Carabinieri, Guardia di Finanza, Carabinieri, Polizia di Stato, A.S.L. ecc.), le denunce e il contenzioso dell'ente, le variazioni alle procedure e/o protocolli del modello, con particolare riguardo al coordinamento tra organismo di vigilanza e le figure con funzioni di controllo esistenti nell'ente nonché con le persone deputate alle funzioni interessate dalle attività a rischio reato: ad esempio Revisore dei conti e Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Organi dirigenti.

Nel 2012 è intervenuta la circolare n. 83607 della Guardia di Finanza, che ha introdotto un protocollo di tecniche d'indagini, espressamente dedicato ai "reati presupposto" previsti dal d.lgs. 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); *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 hanno agito nell'interesse esclusivamente proprio o di terzi;

- individuare gli autori delle illecite condotte e 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;
- verificare l'idoneità dei modelli di gestione adottati dall'ente per escludere la propria responsabilità (art. 6, comma 1). *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 d'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.*

Quando l'autore del reato è 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'organismo 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) Art. 6, comma 2, d.lgs. 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 d'informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;*
- e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.*

2) Art. 7, comma 3, d.lgs. 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) Art. 7, comma 4, d.lgs. 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. 231/01, all'art. 24 e seguenti della sezione III “Responsabilità amministrativa da reato”, annovera i “reati presupposto”, ossia le fattispecie criminose che possono costituire fonte di “responsabilità amministrativa” per le persone giuridiche. Lungo gli anni, il legislatore ha più volte aggiornato l'elenco.

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

- Malversazione a danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 316-bis codice penale);

- 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, codice penale);
- Truffa in danno dello Stato o di altro ente pubblico o delle Comunità europee (art. 640-bis codice penale);
- Frode informatica in danno dello Stato o di altro ente pubblico (art. 640-bis codice penale).

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

- Corruzione per un atto d'ufficio (art. 318 codice penale);
- Pene per il corruttore (art. 321 codice penale);
- Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 codice penale);
- circostanze aggravanti (art. 319-bis codice penale);
- Corruzione in atti giudiziari (art. 319-ter codice penale);
- Istigazione alla corruzione (art. 322 codice penale);
- Concussione (art. 317 codice penale);
- Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319-quater codice penale).

c. Inosservanza delle sanzioni interdittive (art. 23)

Anche il delitto di cui all'art. 23, comma 1, d.lgs. 231/01 è un "reato presupposto", alla 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, a più riprese, il legislatore ha ampliato la lista dei "reati presupposto" che, a tutt'oggi, si possono ricomprendere nelle seguenti categorie:

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

- Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria (art. 491-bis codice penale);
- Accesso abusivo a un sistema informatico o telematico (art. 615-ter codice penale);
- Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici (art. 615-quater codice penale);
- Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico (art. 615-quinquies codice penale);
- Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche (art. 617-quater codice penale);
- Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazio-

- ni informatiche o telematiche (art. 615-quinquies codice penale);
- Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici (art. 635-bis codice penale);
- Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità (art. 635-ter codice penale);
- Danneggiamento di sistemi informatici o telematici (art. 635-quater codice penale);
- Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità (art. 635-quinquies codice penale);
- Frode informatica del certificatore di firma elettronica (art. 640-quinquies codice penale).

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

- Associazione per delinquere (art. 416 codice penale, 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 e ai reati concernenti le violazioni delle disposizioni sull'immigrazione clandestina di cui all'art. 12 d.lgs. 286/98 (art. 416, comma 6, codice penale);
- Associazione di tipo mafioso (art. 416-bis codice penale);
- Scambio elettorale politico-mafioso (art. 416-ter codice penale);
- Sequestro di persona a scopo di estorsione (art. 630 codice penale);
- Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 d.p.r. 309/90);
- 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, lettera A numero 5, codice penale).

L'introduzione del reato di associazione per delinquere ex art. 416 codice penale quale "reato presupposto" della responsabilità amministrativa degli enti, svincolato dal carattere della transnazionalità, ha e 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. 231/01 con riguardo a quei reati che, pur non rientrando nella categoria dei "reati presupposto" (esempio: reati tributari, usura, abusiva attività di intermediazione finanziaria ...) potrebbero costituire i delitti-fine di un'associazione per delinquere.

f. 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 codice penale);
- Alterazione di monete (art. 454 codice penale);
- Spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate (art. 455 codice penale);
- Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede (art. 457 codice penale);
- Falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati (art. 459 codice penale);
- Contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo (art. 460 codice penale);
- Fabbricazione o detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata (art. 461 codice penale);
- Uso di valori di bollo contraffatti o alterati (art. 464 codice penale);
- Contraffazione, alterazione o uso di marchi o segni distintivi ovvero di brevetti, modelli e disegni (art. 473 codice penale);
- Introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi (art. 474 codice penale).

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

- Turbata libertà dell'industria o del commercio (art. 513 codice penale);
- Frode nell'esercizio del commercio (art. 515 codice penale);
- Vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine (art. 516 codice penale);
- Vendita di prodotti industriali con segni mendaci (art. 517 codice penale);
- Fabbricazione e commercio di beni realizzati usurpando titoli di proprietà industriale (art. 517-ter codice penale);
- Contraffazione di indicazioni geografiche o denominazioni di origine dei prodotti agroalimentari (art. 517-quater codice penale);
- Illecita concorrenza con minaccia o violenza (art. 513-bis codice penale);
- Frodi contro le industrie nazionali (art. 514).

h. Reati societari (art. 25-ter)

- False comunicazioni sociali (art. 2621 codice civile);
- False comunicazioni sociali in danno di soci o creditori (art. 2622, commi 1 e 3, codice ci-

vile);

- Impedito controllo (art. 2625, comma 2, codice civile);
- Formazione fittizia del capitale (art. 2632 codice civile);
- Indebita restituzione di conferimenti (art. 2626 codice civile);
- Illegale ripartizione degli utili e delle riserve (art. 2627 codice civile);
- Illecite operazioni sulle azioni o quote sociali o della società controllante (art. 2628 codice civile);
- Operazioni in pregiudizio dei creditori (art. 2629 codice civile);
- Indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori (art. 2633 codice civile);
- Illecita influenza sull'assemblea (art. 2636 codice civile);
- Aggiotaggio (art. 2637 codice civile);
- Omessa comunicazione del conflitto d'interessi (art. 2629-bis codice civile);
- Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza (art. 2638, commi 1 e 2, codice civile);
- Corruzione tra privati, nei casi previsti dall'art. 2635, comma 3, codice civile, ossia qualora si dia o prometta denaro o altra utilità, allo scopo di ottenere da soggetti appartenenti ad altre persone giuridiche private il compimento o l'omissione di atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocimento alla propria società.

i. 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 9 dicembre 1999 (art. 25-quater)

j. Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili - art. 583-bis codice penale (art. 25-quater)

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

- Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù (art. 600 codice penale);
- Prostituzione minorile (art. 600-bis codice penale);
- Pornografia minorile (art. 600-ter codice penale);
- Detenzione di materiale pornografico (art. 600-quater);
- Pornografia virtuale (art. 600-quater 1 codice penale);
- Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-quinquies)

codice penale);

- Tratta di persone (art. 601 codice penale);
- Acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 codice penale).

l. Reati di abuso di mercato (art. 25-sexies)

- Abuso di informazioni privilegiate (d.lgs. 58/98, art. 184);
- Manipolazione del mercato (d.lgs. 58/98, art. 185).

m. 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 codice penale);
- Lesioni personali colpose (art. 590 codice penale).

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

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

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

o. 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, comma 1 lettera A-bis, legge 633/41);
- 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, comma 3, legge 633/41);
- 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, comma 1, legge 633/41);
- 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,

comma 2, legge 633/41);

- 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 d'immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge 633/41);
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati d'identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge 633/41);
- 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 legge 633/41).

p. 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 codice penale).

q. Reati ambientali (art. 25-undecies)

- Uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette (art. 727-bis codice penale);
- Distruzione o deterioramento di habitat all'interno di un sito protetto (art. 733-bis codice penale);
- Reati ambientali in tema di scarichi di acque reflue industriali (art. 137, commi 2, 3 e 5, d.lgs. 152/06);
- Attività di gestione di rifiuti non autorizzata (art. 256, commi 1 e 3, d.lgs. 152/06);
- Bonifica dei siti (art. 257, commi 1 e 2, d.lgs. 152/06);

- Violazione degli obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (art. 258, comma 4, secondo periodo, d.lgs. 152/06);
- Traffico illecito di rifiuti (art. 259, comma 1, d.lgs. 152/06);
- Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti (art. 260, commi 1 e 2, d.lgs. 152/06);
- Sistema informativo di controllo della tracciabilità dei rifiuti (art. 260-bis, commi 6, 7 (2° e 3° periodo), 8 (1° e 2° periodo), d.lgs. 152/06);
- Violazioni in tema di emissione o in assenza delle prescrizioni stabilite dall'autorizzazione concessa (art. 279, comma 5, d.lgs. 152/06);
- Reati relativi all'applicazione in Italia della convenzione sul commercio internazionale delle specie animali e vegetali in via di estinzione (art. 1, commi 1 e 2, art. 2, commi 1 e 2, art. 6, comma 4, art. 3-bis, comma 1, legge 150/92);
- Cessazione e riduzione dell'impiego delle sostanze lesive (art. 3, comma 6, legge 549/93);
- Inquinamento colposo e doloso (art. 8, commi 1 e 2, art. 9, commi 1 e 2, d.lgs. 202/07).

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

L'articolo 25-duodecies è stato aggiunto dal d.lgs. 109/12 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. 109/12, all'art. 22, comma 12-bis, prevede un aumento delle stesse da un terzo alla metà.

Delibera Giunta Regione Lombardia n. IX/3540 del 2012: introduzione del modello organizzativo gestionale di controllo quale requisito trasversale di accreditamento.

La Regione Lombardia, con delibera di Giunta n. IX/3540 del 30 maggio 2012, ha imposto l'applicazione del d.lgs. 231/01 ai soggetti gestori accreditati di strutture socio sanitario residenziali.

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

L'adeguamento al requisito di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui al d.lgs. 231/01 dev'essere garantito entro la data del 31 dicembre 2012 per le unità d'offerta residenziali con capacità recettiva pari o superiore ai n. 80 posti letto.

Secondo il dettato regionale, il modello organizzativo si articola in due parti: generale e speciale. La parte generale descrive la disciplina di riferimento, l'assetto organizzativo, il sistema di "governance" (tra cui il sistema disciplinare), oltre a prevedere 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 commissione dei "reati presupposto".

La Regione specifica poi il riferimento ad aree caratteristiche e riporta le seguenti aree, a titolo esemplificativo: *flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli utenti, salute e sicurezza sul posto del lavoro, smaltimento rifiuti ecc.*

In particolare si evidenzia che la cura dell'utente integra una sorta di colpa professionale non contemplata fra i "reati presupposto".

In ogni caso la parte speciale comprenderà la mappatura delle aree a rischio.

In ordine alla valutazione del rischio, la Regione prevede:

- *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 esempio, gli acquisti dei beni e servizi, i finanziamenti in varia forma che provengono dalla Pubblica Amministrazione, l'affidamento d'incarichi di consulenza, gli incarichi a dipendenti pubblici e 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.*

La Regione sottolinea infine che il Modello 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 le 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 dev'essere oggetto di verifica da parte dell'Organismo di vigilanza, che la Regione auspica in forma collegiale e per il cui funzionamento raccomanda l'adozione di un formale regolamento.

L'Organismo di vigilanza deve inviare entro il 31 dicembre di ogni anno all'Azienda sanitaria locale una relazione sull'attività svolta, con uno specifico riferimento al rispetto dei requisiti d'esercizio, di accreditamento e della normativa regionale.

E' evidente che, a fronte di quanto esposto, si dovranno sempre inviare all'Organismo di vigilanza i verbali delle visite ispettive svolte dall'A.S.L. a vario titolo.

Infine il modello organizzativo comprende Codice etico che, secondo la citata delibera regionale, attinge a una serie di principi cardine, tra cui: onestà, imparzialità, riservatezza, rispetto delle norme delle persone e dell'ambiente ecc.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E “GOVERNANCE”

1 – “GOVERNANCE” DELL'ENTE

Si descrive l'assetto organizzativo di fatto.

1.1 - Consiglio d'amministrazione

La Fondazione è retta dal Consiglio d'amministrazione di cinque membri, tutti di nomina comunale, il quale elegge al proprio interno il presidente della Fondazione, legale rappresentante, e il vice presidente, con funzioni vicarie, il tutto a norma di Statuto.

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

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

1.2 - Presidente

Il Presidente (Testa Stefano), oltre alla legale rappresentanza e alle funzioni statutarie, cura tutti i rapporti istituzionali, in special modo quelli con la Regione e con l'A.S.L, riferendo poi al Consiglio d'amministrazione, che assume la decisione finale in merito ad esempio, a nuove unità operative, accreditamenti, contrattualizzazioni ecc. Nella gestione dei rapporti con l'A.S.L, 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 individuate dalla vigente normativa, fra cui il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con il relativo Responsabile e il Medico competente. Per interventi significativi, comportanti oneri economici, riferisce al Consiglio d'amministrazione, per la decisione finale.

Ha una limitata delega consiliare in materia di trattamento economico ai dipendenti.

Firma tutte le rendicontazioni per i servizi sanitari e assistenziali prestati per conto dell'A.S.L.

E' l'unica figura che può disporre pagamenti (tramite bonifici e simili), eccetto le piccole spese di competenza della "cassa contanti" (vedi Ufficio accoglienza) e delle altrettanto picco-

le spese gestite direttamente dalle Comunità psichiatriche (vedi).

1.3 - Vice presidente

Il Vice presidente (Baronchelli Giovanni), oltre alle funzioni vicarie del Presidente in caso di assenza, cura in ogni dettaglio i rapporti con fornitori, appaltatori di lavori, servizi e manutenzioni, di persona o avvalendosi dell'Ufficio tecnico (vedi). Per le questioni di maggior rilievo riferisce al Consiglio d'amministrazione, per la decisione finale.

1.4 - Direttore amministrativo

Il Direttore amministrativo (Rinaldi Silvano) è posto a capo degli Uffici amministrativi e redige i verbali del Consiglio d'amministrazione.

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

1.5 - Direttore sanitario

Il Direttore sanitario (Cappuccio Melania) è la figura di vertice della Fondazione in ambito sanitario assistenziale, per quanto concerne le mansioni della sfera professionale medico-sanitaria. I vari compiti sono descritti nell'art. 4 del proprio contratto individuale di lavoro dipendente.

Per delega consiliare, cura ogni rapporto con i fornitori di farmaci, parafarmaci, presidi e dispositivi medici, ausili incontinenti e simili. Designa la nomina del personale medico, per la decisione finale del Consiglio d'amministrazione.

1.6 - Responsabile generale servizi infermieristici

Il Responsabile generale servizi infermieristici (Zaninoni Cinzia) coordina la generalità del personale della Fondazione, eccetto quello medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dei manutentori, degli Uffici amministrativi e dell'Ufficio tecnico. Provvede alla selezione del personale, per la successiva decisione finale del Consiglio d'amministrazione e la firma del contratto individuale di lavoro, da parte del Presidente.

2 - ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.1 - Unità operative sanitarie e sanitario-assistenziali

Gli addetti presso le varie unità operative sanitario assistenziali sono tutti dipendenti della Fondazione, salvo le eccezioni volta per volta evidenziate.

Ogni unità operativa ha un proprio responsabile medico e un coordinatore infermieristico.

Gli addetti rispondono ai suddetti coordinatori infermieristici e responsabili medici.

I coordinatori infermieristici dipendono dal Responsabile generale servizi infermieristici.

Il personale medico e/o specialistico fa riferimento al relativo responsabile, che risponde al Direttore sanitario.

L'assegnazione del personale all'unità operativa (trasferimenti tra reparti) è esercitata dal Responsabile generale servizi infermieristici, tranne che per il personale medico, di competenza del Direttore sanitario.

La costante verifica interna sul rispetto degli standard minimi, sotto la supervisione del Direttore sanitario è curata da:

- Ufficio tecnico, riguardo agli standards strutturali;
- Responsabile generale servizi infermieristici, riguardo a quelli organizzativi e gestionali, con l'ausilio di responsabili medici e coordinatori infermieristici di reparto e, per il controllo delle ore erogate, dell'Ufficio personale.

2.1.1. - R.S.A.

La Residenza Sanitario Assistenziale conta n. 82 posti autorizzati, di cui n. 81 accreditati dalla Regione. E' articolata in due reparti: "Casa Serena" (geriatrici - 1° piano) e "Nuclei Alzheimer" (piano terra).

- Autorizzazione al funzionamento del 23/2/2004 n. 633, rilasciata dalla Provincia di Bergamo;
- Contratto A.S.L. vigente del 30/12/2011, attuativo dell'accreditamento regionale del 7 agosto 2009.

R.S.A. Casa Serena (geriatrici)

"Casa Serena" dispone di n. 41 posti, tutti accreditati. E' articolata in due nuclei e offre le tipiche prestazioni sanitario assistenziali, in regime di residenza, ad anziani non autosufficienti.

- Responsabile medico: Guerini Stefano;
- Coordinatore infermieristico: Ferrari Cristina;
- Figure libero professionali: Casiraghi Bruno - cardiologo, Legrenzi Patrizia - musicoterapeuta, Kotseva Daniela - infermiere.

R.S.A. Nuclei Alzheimer

I "Nuclei Alzheimer" hanno n. 41 posti, tutti autorizzati, di cui n. 40 anche accreditati dalla Regione. E' articolata in due nuclei e specializzata a offrire prestazioni sanitario assistenziali, in regime di residenza, a pazienti affetti dalla malattia Alzheimer in stato avanzato.

- Responsabile medico: Bonini Gian Paolo
- Coordinatore infermieristico: Mistri Orsola
- Figure libero professionali: Casiraghi Bruno - cardiologo, Legrenzi Patrizia - musicoterapeuta.

2.1.2 - Hospice

La Struttura residenziale per pazienti terminali (Hospice) dispone di n. 12 posti autorizzati e 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. 12 posti (da Scia) con parere favorevole A.S.L. n. 1099 del 21 settembre 2012;
- Accreditemento regionale per n. 12 posti letto, come da decreto n. 9976 del 8 novembre 2012;
- Contratto A.S.L. vigente del 30/12/2011 per n. 8 posti;
- Responsabile medico - palliatore: Guerini Stefano;
- Coordinatore infermieristico: Zambetti Margherita;
- Figure libero professionali: psicologo Perissutti Roberto.

2.1.3 - R.G.G.

La Riabilitazione Generale e Geriatrica ha n. 20 posti, tutti autorizzati e accreditati dalla Regione. Offre prestazioni sanitario-riabilitative a pazienti di qualsiasi età che, a causa di eventi traumatici, malattie, interventi chirurgici ecc, necessitano di un periodo di riabilitazione fisica.

- Contratto A.S.L. vigente del 30 dicembre 2011, attuativo dell'autorizzazione/accreditemento regionale d.g.r. 9315 del 22 aprile 2009;
- Responsabile medico: Cappuccio Melania;
- Medici: Rota Carla;
- Coordinatore infermieristico: Santangelo Alessandra;
- Figure libero professionali: Mazzoleni Danilo – fisiatra.

L'unità operativa è accreditata anche per prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari, non ancora attivate.

2.1.4 - I.D.R.

L'Istituto di Riabilitazione accoglie n. 33 residenti, tutti accreditati dalla Regione. Offre

prestazioni sanitario-assistenziali, in regime di residenza, a disabili psichici.

- Contratto A.S.L. vigente del 30 dicembre 2011, attuativo dell'autorizzazione/accreditamento regionale d.g.r. 9315 del 22 aprile 2009;
- Responsabile medico: De Ponti Simona - libero professionista;
- Coordinatore infermieristico: Rossi Maurizio;
- Figure libero professionali: Lusignani Anna Maria – psichiatra, Casiraghi Bruno - cardiologo, Legrenzi Patrizia - musicoterapeuta, Lubrini Raffaella - infermiere.

2.1.5 - Comunità Psichiatriche

Le n. 3 Comunità Psichiatriche, ciascuna di n. 20 posti, per un totale di n. 60, tutti autorizzati e accreditati dalla Regione, offrono prestazioni sanitarie e assistenziali, in regime di residenza, a pazienti con problemi di origine psichiatrica.

In aderenza alla precipua finalità terapeutica e intensità delle cure, le tre comunità sono così denominate:

- ° C.P.A. - Comunità Protetta Alta assistenza
- ° C.P.M. - Comunità Protetta Media assistenza
- ° C.R.M. - Comunità Riabilitativa Media assistenza.

Nell'ambito di un ridotto budget annuale, il coordinatore infermieristico o suo incaricato, esegue pagamenti per piccole spese, utilizzando il contante ricevuto dalla "Cassa contanti" interna (vedi Ufficio accoglienza), cui esibisce un rendiconto periodico, come da specifico regolamento.

- Contratti A.S.L. vigenti del 19 dicembre 2011, attuativi dell'accREDITamento regionale dd.gg.rr. del 30 dicembre 2008 n. 8808, 8809 e 8810
- Responsabile medico: Cappuccio Melania
- Coordinatore infermieristico: Varischetti Paolo
- Altri dipendenti medici: Guizzetti Gianluca - psichiatra
- Figure libero professionali: Covelli Gianpiero - psichiatra, Rota Romanella - psichiatra, Casiraghi Bruno - cardiologo, Perissutti Roberto - psicologo, Legrenzi Patrizia - musicoterapeuta, Vinau Carmen - infermiere.

2.1.6 - C.D.I.

Il Centro Diurno Integrato ha n. 23 posti, tutti autorizzati e autorizzati dalla Regione. Offre prestazioni prevalentemente assistenziali e in parte di natura sanitaria, in regime diurno, a utenti anziani con limitata autosufficienza.

- Autorizzazione al funzionamento n. 2487 del 18 agosto 2003, rilasciata dalla Provincia di Bergamo
- Contratto A.S.L. vigente del 30 dicembre 2011, attuativo dell'accreditamento regionale del 30 settembre 2003 n. 14367
- Medico: De Ponti Simona - libero professionista;
- Coordinatore infermieristico: Noris Monia;
- Figure libero professionali: musicoterapeuta Legrenzi Patrizia.

2.1.7 - A.D.I.

Il servizio Assistenza Domiciliare Integrata opera nel distretto di Albino (media e bassa Valle Seriana) con interventi sanitari e assistenziali al domicilio dei pazienti. Svolge anche, tramite il dipendente medico palliatore Rota Carla visite specialistiche di medicina palliativa a domicilio, direttamente per conto dell'A.S.L.

- Autorizzazione all'esercizio come da Scia del 16 luglio 2012;
- Nuovo contratto A.S.L. in itinere;
- Responsabile medico: Ghidoni Silvia - geriatra libero professionista;
- Coordinatore infermieristico: Moioli Debora;
- Figure libero professionali: infermiere Bosio Giuseppe.

2.1.8. - U.V.A.

L'Unità di Valutazione Alzheimer svolge, in regime esclusivamente privato, visite ambulatoriali a pazienti esterni che manifestano disturbi mentali e cognitivi.

E' condotta da uno psichiatra dipendente Guizzetti Gianluca e dal neurologo libero professionista Conti Marta.

2.1.9 - Fisioterapia

Il Servizio Fisioterapia offre prestazioni di riabilitazione fisica ai residenti nella struttura, agli utenti C.D.I. e a utenti esterni, che accedono privatamente, senza accreditamento A.S.L. Un fisiatra libero professionista esterno esegue le visite ambulatoriali.

- Coordinatore provvisorio: Zaninoni Marco
- Responsabile medico: Cappuccio Melania
- Figure libero professionali: Mazzoleni Danilo - fisiatra.

2.2 - Servizi a carattere generale

Le unità sanitario assistenziali prima elencate vengono supportate dai seguenti servizi a carattere generale.

Gli operatori sono tutti dipendenti della Fondazione, salvo le eccezioni volta per volta indicate.

2.2.1 - Animazione

Il Servizio Animazione eroga prestazioni ai residenti in struttura e agli utenti del C.D.I.

E' preposto un animatore coordinatore, che risponde al Responsabile generale servizi infermieristici.

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

2.2.2 - Assistente sociale

Nella Fondazione opera un assistente sociale dipendente (Tiraboschi Franca), che segue le problematiche sociali e familiari di residenti in struttura e utenti C.D.I. Risponde al Direttore sanitario.

2.2.3 - Cucina

La Cucina prepara i pasti per gli utenti delle unità operative a carattere residenziale, per il C.D.I, per la mensa dipendenti e per il servizio "pasti a domicilio" gestito dal Comune di Vertova, che acquista i pasti dalla Fondazione secondo specifico contratto.

E' preposto un cuoco (Poli Mara), responsabile anche delle procedure Haccp. Risponde al Responsabile generale servizi infermieristici e, per diete e aspetti igienico sanitari, al Direttore sanitario.

L'acquisto delle derrate alimentari, la dotazione e manutenzione d'impianti, macchinari e attrezzature fanno capo all'Ufficio tecnico.

Il magazzino delle derrate alimentari è di pertinenza della Cucina.

2.2.4 - Lavanderia

Il Servizio Lavanderia, Stiratura e Guardaroba risponde al Responsabile generale servizi infermieristici e provvede a tutte le necessità della Fondazione.

L'acquisto dei materiali di consumo (detersivi ecc.) e della biancheria, la dotazione e la manutenzione d'impianti, macchinari e attrezzature fanno capo all'Ufficio tecnico.

Il deposito biancheria e detersivi è di pertinenza della lavanderia stessa.

- Coordinatore: Mistri Maria Luisa

2.2.5 - Manutentori

La Fondazione ha due manutentori, che dipendono dall'Ufficio tecnico e si occupano di quanto non richiede abilitazioni speciali.

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

2.2.6 - Magazzino generale - Farmacia

Un dipendente è addetto alla tenuta del Magazzino generale, escluso quanto di competenza di Cucina, Lavanderia e della cancelleria e articoli d'ufficio (negli Uffici amministrativi o nei locali dell'Animazione).

Lo stesso dipendente si occupa anche della custodia di farmaci, presidi medico chirurgici ecc, sotto l'esclusiva e diretta responsabilità del direttore sanitario.

Riguardo a ogni altro tipo di materiale ha quale responsabile l'addetto all'Ufficio tecnico.

2.2.7 - Servizio pulizia spazi comuni

La pulizia all'interno dei reparti è garantita dal relativo personale.

Quella degli spazi comuni è appaltata a cooperativa, che opera in piena autonomia senza commistioni con personale della Fondazione. I responsabili della Cooperativa interloquiscono con l'Ufficio tecnico.

2.2.8 - Ufficio accoglienza - Cassa contanti

L'Ufficio accoglienza gestisce le relazioni di natura amministrativa con l'utenza e cura le rendicontazioni A.S.L. dell'A.D.I, senza alcun potere decisionale o di firma, in capo al Presidente.

L'Ufficio esercita pure le funzioni di Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.).

Alla "cassa contanti", limitata a operazioni di modico valore, provvede un operatore di questo Ufficio (Brignoli Bibiana), autorizzato a erogare piccoli pagamenti e a riscuotere piccole somme.

Sono autorizzati a intrattenere rapporti con personale esecutivo dell'A.S.L, per aspetti riguardanti la semplice compilazione delle rendicontazioni periodiche o simili adempimenti ricognitivi.

Risponde al Responsabile generale servizi infermieristici.

2.2.9 - Ufficio tecnico

L'Ufficio tecnico ha un istruttore direttivo geometra (Castelli Elisabetta) e opera sotto la di-

reazione di consigliere delegato (Baronchelli Giovanni), al quale risponde.

Sovrintende alla manutenzione della struttura e relative pertinenze. Dispone e cura i rapporti con appaltatori e fornitori di beni e servizi non di competenza del Direttore sanitario.

2.2.10 - Uffici amministrativi

Gli Uffici amministrativi si articolano in:

- Amministrazione generale
- Ufficio contabilità e tributi (Zaninoni Carmen)
- Ufficio personale, paghe e contributi (Bertocchi Emanuele)
- Ufficio rendicontazioni A.S.L. (Zaninoni Federica), eccetto quelle A.D.I. (vedi Ufficio accoglienza) e della parte sanitario assistenziale delle altre rendicontazioni (Sosia; Sdo ecc.), a carico del personale sanitario.

Non è autorizzato a gestire denaro contante o ad assumere decisioni comportanti oneri o impegni a carico della Fondazione.

Le rendicontazioni e ogni comunicazione con l'A.S.L. sono firmate dal Presidente, dal Direttore sanitario o dai responsabili medici d'unità operativa, ognuno per le parti di competenza.

Il personale è autorizzato a intrattenere rapporti col personale esecutivo dell'A.S.L. per soli aspetti riguardanti la compilazione delle rendicontazioni periodiche o simili adempimenti ricognitivi.

Agli Uffici amministrativi è preposto il Direttore amministrativo.

2.2.11 - Gestione del denaro (Banca)

La gestione del denaro (riscossioni e pagamenti) avviene esclusivamente per via bancaria. I bonifici e/o ordini di pagamento sono predisposti dall'addetta alla Contabilità e possono essere firmati dal solo Presidente.

Costituiscono eccezione i pagamenti e le riscossioni, entrambi di modico valore, affidati alla "Cassa contanti" interna (vedi Ufficio accoglienza) e i pagamenti delle piccole spese delle Comunità psichiatriche, nell'ambito di un ridotto budget, affidate al relativo coordinatore infermieristico.

2.2.12 - Servizio di prevenzione e protezione aziendale

Il Servizio è composto da tutte le figure che, all'interno della Fondazione, si occupano della salute e della sicurezza dei lavoratori:

- Datore di lavoro - legale rappresentante: Testa Stefano

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

- Responsabile Servizio Prevenzione Protezione Aziendale: Guerini Stefano
- Addetta al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, che coadiuva il suddetto Responsabile nell'espletamento dei propri compiti: Zaninoni Cinzia;
- Medico competente - Sorveglianza sanitaria: Castelli Silvestro (libero professionista esterno)
- Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: in numero di tre, nominati dalla Rappresentanza sindacale unitaria e dalle organizzazioni sindacali;
- Preposti: uno per ogni unità operativa, generalmente individuati nei rispettivi coordinatori infermieristici o, in caso d'unità operativa a carattere non sanitario assistenziale, nella figura apicale.

DIFFUSIONE E ADOZIONE DEL MODELLO E FORMAZIONE

Il Modello organizzativo gestionale e di controllo è approvato dal Consiglio d'amministrazione e depositato presso gli Uffici amministrativi.

L'efficacia e la concretezza del Modello ne presuppone la diffusione e la conoscenza da parte di tutti (dipendenti, collaboratori, amministratori ecc.).

Copia integrale del Modello sarà quindi pubblicata sul sito internet e consegnata in tutte le unità operative, in libera visione a dipendenti e collaboratori.

Nei nuovi contratti verrà inserita una clausola di conoscenza e rispetto del Modello attuato e meccanismi sanzionatori (ad esempio: clausola risolutiva espressa, clausole penali ovvero in alternativa risarcimento del danno in caso d'inosservanza).

D'importanza fondamentale è la formazione, che riguarderà le figure delle aree a rischio: Consiglieri, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Responsabili medici, Coordinatori infermieristici d'unità operativa e responsabili di unità operative in genere, Uffici amministrativi (contabilità, personale, rendicontazioni), Ufficio tecnico, Ufficio accoglienza, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Medico competente ecc.

La frequenza è obbligatoria. L'Ufficio personale conserverà la documentazione dei corsi.

In via preliminare, si effettuerà una consegna mirata a tutte le figure interessate dei Protocolli, con brevi note introduttive, per consentire un primo approccio al Modello.

Nei successivi due mesi, il Direttore amministrativo, con Presidente, Organismo di vigilanza e Direttore sanitario, definisce e attua un Programma iniziale di formazione sul Modello, articolato in riunioni illustrative e d'approfondimento per competenze e attribuzioni.

Si procederà allo stesso modo sia al verificarsi di modifiche al Modello sia per ogni necessità di migliore conoscenza, approfondimento e attuazione.

Il programma formativo iniziale riguarderà: nozioni di carattere generale sul d.lgs. 231/01, fattispecie di "reato presupposto", mappatura del rischio "reati presupposti", valenza del Modello, Codice etico, Protocolli generali e speciali, compiti, poteri e flussi informativi dell'Organismo di vigilanza, sistema sanzionatorio.

ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo di vigilanza è stato definito come monocratico. Si tratta di una scelta operata in base al tipo di attività svolta dalla Fondazione, Onlus senza scopo di lucro, al fine di contenere i costi, mantenere un equilibrio di bilancio e non pesare sulle rette degli utenti.

Per l'anno 2013, è stato nominato l'avvocato Gabriele Zucchinali con lettera d'incarico in data 13 settembre 2012.

I poteri d'iniziativa e controllo attribuiti per legge all'Organismo di vigilanza sono esclusivamente preordinati alla verifica dell'effettiva osservanza da parte dei soggetti coinvolti (apicali, dipendenti, collaboratori, fornitori) delle specifiche procedure stabilite nel Modello organizzativo gestionale, senza alcuna interferenza con i poteri di gestione attribuiti all'organo amministrativo.

L'Organismo di vigilanza interviene con visite ispettive delle quali redige e conserva verbale. Le visite possono essere concordate, a sorpresa, o avvenire su convocazione del Presidente, di un Consigliere, del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario o del Revisore dei conti.

Obblighi d'informazione all'Organismo di vigilanza (art. 6, comma 2 lettera D)

Di rilievo sono i flussi informativi verso l'Organismo di vigilanza, da rendere edotto circa le modifiche organizzative nel sistema di deleghe e procure, le procedure relative a finanziamenti, mutui ed erogazioni da enti pubblici, l'attivazione di nuove unità d'offerta, il bilancio annuale, le comunicazioni del Revisore dei conti su ogni criticità emersa.

L'Organismo di vigilanza deve altresì essere tempestivamente informato, da tutti i destinatari del Modello (Presidente, Consiglieri, Revisore dei conti, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, dipendenti, collaboratori), su condotte non conformi, anche potenzialmente, ai principi e alle prescrizioni contenute nel Modello stesso come, ad esempio, omissioni, falsificazioni nelle procedure relative ai "sensori di reato" nelle aree di competenza.

L'Organismo di vigilanza dovrà pure essere informato su:

- contenziosi (in sede giudiziale ed extra);

- provvedimenti di organi di polizia giudiziaria o di altra autorità fonte d'indagini che interessano, anche indirettamente, l'ente, il suo personale, collaboratori e tutte le figure apicali;
- procedimenti disciplinari ed eventuali sanzioni irrogate;
- segnalazione di violazioni o rischio di violazioni di norme in materia di salute e sicurezza dei lavoratori.

All'Organismo di vigilanza dovranno essere trasmessi tutti i verbali d'ispezione dell'A.S.L.

Tutte le informazioni ricevute sono valutate dall'Organismo di vigilanza, insieme al Direttore amministrativo e al Presidente. Ove necessario si procede ad attività ispettiva, con l'eventuale apporto di professionisti esterni, qualora richieste competenze specifiche.

Relazione annuale dell'Organismo di vigilanza

La d.g.r. 3540/12 prescrive all'Organismo di vigilanza l'invio all'A.S.L, entro il 31 dicembre di ogni anno, di una relazione scritta, mirata tanto sull'attuazione del Modello 231 quanto sul rispetto dei requisiti di esercizio, di accreditamento e della normativa regionale in genere.

Nella relazione si indicano i controlli e le verifiche effettuate, l'esito delle stesse, l'eventuale aggiornamento della mappatura, le segnalazioni ricevute, le azioni correttive e migliorative da introdurre, la rilevazione di carenze organizzative o procedurali che espongono al pericolo di "reati presupposto", le deficienze collaborative riscontrate.

La relazione è anticipata al Presidente e al Revisore dei conti.

SISTEMA SANZIONATORIO

Premessa e principi generali

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

Tale sistema, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 2 lettera E, e dell'art. 7, comma 4 lettera B, d.lgs. 231/01, costituisce una delle condizioni per ottenere l'esonero da responsabilità amministrativa in caso di commissione dei "reati presupposto".

Il Modello e il Codice etico costituiscono regole vincolanti per amministratori, dipendenti e collaboratori, la cui violazione deve essere sanzionata indipendentemente dalla commissione, effettiva o tentata, di un "reato presupposto".

Le sanzioni sono determinate in proporzione alla gravità delle violazioni, tenuto conto di:

- rilevanza oggettiva delle regole violate: comportamenti che possono compromettere, anche solo potenzialmente, l'efficacia del Modello rispetto alla prevenzione dei "reati presupposto" (esempio: mancata informativa all'Organismo di vigilanza, mancata formazione del personale, alterazione o distruzione delle procedure finalizzate all'attuazione del sistema di vigilanza);
- elemento soggettivo della condotta: dolo o colpa, da desumersi dal livello di responsabilità gerarchica/tecnica (esempio: omessa vigilanza da parte dei superiori sulla corretta ed effettiva applicazione del Modello);
- reiterazione delle condotte;
- partecipazione di più soggetti nella violazione.

I provvedimenti sono adottati, anche su segnalazione dell'Organismo di vigilanza, dal Consiglio d'amministrazione.

Sanzioni per i dipendenti

Nel rispetto delle norme vigenti, in caso di violazione del Codice etico o del Modello organizzativo, il procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti segue il CCNL Regioni-Autonomie Locali, applicato dalla Fondazione.

Sanzioni a professionisti esterni, collaboratori e amministratori

Qualora si riscontri la violazione del modello da parte di collaboratori, amministratori e o altri soggetti con funzioni di rappresentanza, l'Organismo di vigilanza trasmette al Consiglio d'amministrazione e al Revisore dei conti una relazione contenente la descrizione della condotta, le generalità del soggetto responsabile del tentativo o della violazione, l'indicazione delle procedure del modello violate, gli eventuali documenti o elementi a riscontro della condotta.

Il Consiglio d'amministrazione convoca per iscritto il soggetto. La convocazione contiene una descrizione della condotta contestata e delle disposizioni che si ritengono violate, oltre all'avviso della facoltà di presentare memorie scritte difensive.

Il Consiglio d'amministrazione, sulla scorta degli elementi acquisiti, delibera la sanzione applicabile oppure motiva l'archiviazione. La delibera è comunicata per iscritto all'Organismo di vigilanza, al Revisore dei conti nonché all'interessato.

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

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

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

Il procedimento trova applicazione anche in caso di violazione da parte del Revisore dei conti o di un membro dell'Organismo di vigilanza.

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

(d.lgs. 231/01 e d.g.r. 3540/12)

PARTE SPECIALE

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

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

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

Per la costruzione del modello, l'analisi delle aree a rischio "reato presupposto" e la successiva graduazione del rischio inerente alle attività caratteristiche (unità d'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 d.g.r. 3540/12 alla parte generale riferita al "risk assesment".

Le audizioni presso la Fondazione sono state effettuate dall'avvocato Gabriele Zucchinali, del Foro di Bergamo, incaricato con lettera del 13 settembre 2012, a firma del legale rappresentante, Presidente della Fondazione, dott. Testa Stefano, della consulenza per la costruzione del Modello di organizzazione e di gestione della Fondazione.

In particolare la cronologia degli incontri è la seguente:

Verbale di audizione del 3 ottobre 2012

Alla presenza del Direttore amministrativo della Fondazione il quale ha illustrato l'assetto organizzativo e la "governance" della Fondazione per quanto concerne la parte generale del modello.

Sono stati consegnati ed esaminati i seguenti documenti:

- Statuto, adottato con delibera del Consiglio d'amministrazione n. 123 del 13 ottobre 2003;
- Regolamento per l'ordinamento degli uffici e dei servizi, approvato con delibera del Con-

siglio d'amministrazione n. 2 del 9 agosto 2010;

- Codice etico, approvato con delibera del Consiglio d'amministrazione n. 4 del 4 maggio 2010;
- Organigramma, allegato alla delibera del Consiglio d'amministrazione n. 3 del 9 agosto 2010.
- Deleghe per funzioni di competenza del Consiglio d'amministrazione, attribuite con delibera del Consiglio d'amministrazione n. 2 del 23 novembre 2009 e n. 2 del 22 marzo 2010;
- Contratto di lavoro del Direttore sanitario.

Verbale di audizione del 5 novembre 2012.

Alla presenza del Presidente, Direttore amministrativo e Direttore sanitario, si sono illustrate, in relazione alla parte speciale del modello, la mappatura delle aree e l'analisi del rischio reato.

Verbale di audizione del 26 novembre 2012

Alla presenza del Direttore amministrativo si sono costruite, in relazione alla parte speciale, protocolli e procedure, generali e speciali, al fine di creare specifici presidi capaci di evitare il rischio di commissione dei reati tipici previsti dal d.lgs. 231/01. Alla stesura dei protocolli e procedure hanno partecipato gli operatori della Fondazione coinvolti per quanto di loro specifica competenza.

Alla luce dei predetti incontri si è provveduto ad individuare e 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 esaminata la documentazione disponibile presso la Fondazione relativa a:

- Visura Camerale e oggetto sociale della Fondazione;
- Statuto;
- Ultimo bilancio approvato con relazione del Revisore dei conti;
- Organigramma;

- Verbale del Consiglio d'amministrazione di attribuzione di cariche e poteri (deleghe o procure);
- Regolamento interno e Carta Servizi;
- C.C.N.L. applicato a tutto il personale dipendente;
- Report contratti in essere: rapporto con liberi professionisti, cooperative, fornitori di servizi;
- Report dei contenziosi (in sede giudiziale ed extra) in essere;
- Certificazioni e Autorizzazioni di accreditamento delle unità d'offerta;
- Normativa vigente sia nazionale sia regionale in materia socio sanitaria;
- In materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. 81/08): gli atti di approvazione della politica di sicurezza (documento valutazione rischi, piano di sicurezza, deleghe, procure e atti formali di attribuzioni di ruoli);
- Documento interno privacy, relative nomine e incarichi.

Siffatti documenti sono stati esaminati, al fine di costituire una piattaforma informativa sulla struttura e l'operatività della Fondazione, 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 dell'attività amministrativa, di quella contabile, di quella afferente alle risorse umane e, infine, di quella specifica socio-sanitaria.

L'analisi ha riguardato i contenuti, le modalità operative, la ripartizione delle competenze, operazioni finalizzate all'individuazione di potenziali aree a rischio di commissione reati.

Tali aree a rischio sono state dunque identificate mediante interviste eseguite con i soggetti individuati come responsabili e, comunque, dotati delle migliori conoscenze dell'operatività di ciascun singolo settore di attività, e cioè il Presidente, il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario, il Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, dell'Ufficio contabilità, dell'Ufficio accoglienza - cassa contanti, dell'Ufficio tecnico, 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 e i concreti controlli esistenti e idonei a presidiare il rischio individuato.

IV fase: analisi e correzione sensori di rischio "reato presupposto"

La situazione di rischio è stata confrontata con le esigenze e i requisiti imposti dal d.lgs.

231/01 e dalla d.g.r. 3540/12, 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 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 al motivo della decisione e al soggetto responsabile della singola fase della procedura.

RISCHIO DI COMMISSIONE REATI
MAPPATURA AREE E CORRELATIVI RISCHI REATO
EX D.LGS. 231/01 E D.G.R. 3540/12.

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** (esempio per la redazione Documento valutazione rischi: Redazione: consulente esterno; Coinvolgimento: Rappresentante lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Responsabile servizio prevenzione aziendale, Responsabili unità operative; Verifica: Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale; Approvazione: Datore di lavoro; Attuazione: Datore di lavoro, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Responsabili unità operative).

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

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

AREA DELIBERAZIONI

Deliberazioni in genere, Deleghe, Codice etico, Modello organizzativo gestionale, Organismo di vigilanza

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, che inserisce eventualmente 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 sono 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 su argomenti rilevanti per il d.lgs. 231/01 saranno inviate all'Organismo di vigilanza e, per competenza, al Revisore dei conti.

Soggetti coinvolti: Presidente, Consiglieri, Segretario, Revisore dei conti, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: basso

AREA BILANCIO

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti: Ufficio contabilità, Consiglio d'Amministrazione, Presidente, Revisore dei conti, Organismo 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, firmate con modalità elettroniche dal Presidente o in sua assenza dal Vice presidente, unici soggetti abilitati e con a disposizione le relative credenziali segrete di accesso.

Rappresentano eccezioni alla suddetta regola generale:

- la "cassa contanti" presso l'Ufficio Accoglienza, limitata a operazioni di modico valore, cui provvede un operatore (Brignoli Bibiana), autorizzato a erogare piccoli pagamenti e a riscuotere piccole somme, generalmente per i servizi di fisioterapia agli esterni. Tutte le operazioni in entrata e in uscita vengono volta per volta riportate nella contabilità generale. Lo stato patrimoniale evidenzia le giacenze della "cassa contanti". I pagamenti e le riscossioni medie nel corso di un anno ammontano rispettivamente ad € 69.000 ed € 70.800.
- nell'ambito di un ridotto budget annuale stabilito dal Consiglio d'amministrazione (attualmente € 7.800), il coordinatore infermieristico delle Comunità psichiatriche, esegue pagamenti per piccole spese, utilizzando il denaro ricevuto dalla suddetta "Cassa contanti" interna, cui esibisce un rendiconto periodico e pezze giustificative, come da specifico regolamento.

Soggetti coinvolti: Ufficio contabilità, Ufficio accoglienza, Responsabile Comunità psichiatriche, Presidente e Vice Presidente

Rischio reato: Basso

Attività di gestione informazioni privilegiate e d'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, Organismo di Vigi-

lanza, Servizio Vigilanza A.S.L.

Rischio reato: Basso

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

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

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

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

Le polizze e le coperture sono approvate dal Consiglio d'amministrazione.

AREA APPALTI, INCARICHI, ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

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

La procedura per l'acquisto di beni o servizi prevede una Richiesta di acquisto, emessa da un'unità operativa/centro di attività, opportunamente autorizzata dal responsabile. L'Ufficio tecnico individua i potenziali fornitori e richiede offerte, successivamente comparate. Individuata l'offerta più vantaggiosa, viene inviato l'ordinativo di acquisto, in forma scritta, firmato anche dal Vice presidente. Qualora l'entità dell'acquisto sia importante dal punto di vista economico e/o strategico, la decisione viene rimandata al Consiglio d'amministrazione (questa procedura vale anche per l'appalto di opere, consulenze).

Tutti i beni consegnati, previa verifica della conformità rispetto all'Ordine, vengono caricati a magazzino attraverso una procedura di scarico ordine e generazione Buono entrata merce.

L'Ufficio contabilità raffronta il Documento di trasporto e la relativa fattura con il Buono entrata merce, che devono corrispondere. Successivamente le fatture vengono iscritte sul registro fatture di acquisto e passate in contabilità ordinaria generando uno scadenziario.

I pagamenti avvengono mediante bonifico in "remote banking" o ricevuta bancaria:

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, Induzione indebita a dare o promettere utilità)

Adempimenti tributari (versamenti e dichiarazioni)

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

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

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

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

Rischio reato: Basso

Richiesta finanziamenti pubblici

Le richieste di finanziamenti pubblici per iniziative particolari vengono sempre prima deliberate dal Consiglio d'amministrazione, previa istruttoria dell'Ufficio competente, quindi firmate dal Presidente, quale legale rappresentante.

La verifica circa l'aderenza della destinazione del contributo alla finalità prescritta viene eseguita dal servizio interno competente: quindi, ad esempio, se il finanziamento riguarda l'esecuzione di lavori o l'acquisto di macchine o attrezzature, provvede l'Ufficio tecnico; se riguarda lo svolgimento d'iniziativa in ambito sanitario assistenziale provvede il Direttore sanitario, se riguarda incentivi sul personale o contributi provvede l'Ufficio personale.

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

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

Rischio reato: Medio

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

L'avvio di ogni tipo di richiesta per autorizzazioni, permessi, nulla osta, concessioni, Scia, Dia ecc. viene 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 professionista, in accordo

con 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.

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

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

Soggetti coinvolti: Consiglio d'amministrazione, Presidente, Ufficio tecnico, Consulenti esterni, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Organismo di vigilanza

Rischio reato: Medio

Utenza con onere a carico A.S.L. - Regione - Comuni ecc.

L'ingresso nei reparti accreditati e contrattualizzati con l'A.S.L. avviene attingendo alle liste d'attesa, (vedi paragrafo "Area Utenza") formate in base a domande dell'utente e/o prescrizioni medico/ospedaliere.

La verifica medica sull'appropriatezza di ricoveri/prestazioni, oltre alla classificazione diagnostica in base allo stato di salute del paziente/utente (utile anche ai fini delle remunerazioni A.S.L.), viene effettuata e tenuta aggiornata dal Direttore sanitario/medico d'unità operativa e/o specialista.

L'appropriatezza della domanda d'ingresso è valutata dal Direttore sanitario per quanto riguarda il Nucleo Alzheimer, dai Responsabili medici d'unità operativa per Hospice, R.G.G, Comunità psichiatriche e R.S.A. geriatrici.

L'ingresso dei singoli pazienti viene deciso dal Direttore sanitario / medico d'unità operativa e/o specialista, che lo comunica al competente Coordinatore infermieristico d'unità operativa / all'Ufficio accoglienza, i quali assumono i contatti con utente e/o la famiglia.

Il giorno di avvenuto ingresso e/o inizio delle prestazioni, le giornate di presenza, assenza e le classificazioni diagnostiche utili per le rendicontazioni economiche all'A.S.L. vengono rilevate dai reparti. Con il sistema informatico e/o prospetti cartacei vengono dagli stessi comunicati all'Ufficio accoglienza, che dopo averli elaborati ai propri fini (vedi Area Utenza), gira all'Ufficio rendicontazioni, che calcola l'onere a carico A.S.L. secondo le procedure e in base alle tariffe previste dalla normativa regionale.

Alla dimissione/decesso e/o termine delle prestazioni all'utente, il Coordinatore infermieri-

stico d'unità operativa comunica la data all'Ufficio accoglienza, per le relative annotazioni ai fini contabili e amministrativi (vedi Area Utenza). La stessa informazione è girata all'Ufficio rendicontazioni per le debite comunicazioni all'A.S.L.

Per l'A.D.I, la procedura di avvio, verifica appropriatezza, erogazione, rilievo e rendicontazione delle prestazioni è oggetto di meticolosi protocolli e istruzioni A.S.L, tutti vincolanti. Le rendicontazioni all'A.S.L. per il pagamento delle prestazioni vengono interamente assolve all'interno dell'Ufficio accoglienza e nessun dato viene elaborato dall'Ufficio rendicontazioni.

Le rendicontazioni all'A.S.L. sono firmate dal Presidente.

Per la verifica appropriatezza di ricoveri in R.G.G. e Hospice sono visionate dal Direttore sanitario, a campione massimo il 10% delle cartelle cliniche ogni sei mesi.

Soggetti coinvolti: Direttore sanitario, Responsabili medici d'unità operativa, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Ufficio accoglienza, Ufficio rendicontazioni, Presidente, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: Medio

Ispezioni A.S.L. 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 generale servizi infermieristici che agevolano l'accesso ai vari locali e forniscono tutta la documentazione richiesta. Questi controfirmano il verbale steso dall'A.S.L.

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

Soggetti coinvolti: Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Presidente, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: Medio

Ispezioni in materia d'igiene degli alimenti

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

Il Verbale è consegnato al Direttore sanitario.

Soggetti coinvolti: Direttore sanitario, Cuoco responsabile

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 inter-

viene. Il Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale e Responsabile generale servizi infermieristici e/o Ufficio tecnico, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza forniscono 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 servizio prevenzione protezione aziendale, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio tecnico, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Rischio reato: Medio

Ispezioni in materia tributaria, disciplina del lavoro e obblighi contributivi

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

Il Direttore amministrativo e/o responsabile dell'ufficio coinvolto hanno l'obbligo di riferire della visita al Presidente e al Revisore dei conti, qualora siano emerse problematiche, anche al Consiglio d'amministrazione.

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

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

Rischio reato: Medio

AREA GESTIONE PERSONALE

Organigramma e funzionigramma (mansionario), dotazione organica (d.g.r. 3540/12)

La dotazione organica delle unità operative a carattere sanitario-assistenziale è fissata dal Direttore sanitario e Responsabile generale servizi infermieristici, utilizzando la forza lavoro presente in Fondazione in modo da coprire la turnistica di base, strutturata dai medesimi soggetti in modo da rispondere alle esigenze delle unità operative e agli standards strutturali. Eventuali potenziamenti numerici della forza lavoro complessiva, anche delle unità operative a carattere non sanitario, vengono sempre deliberati dal Consiglio d'amministrazione, generalmente su proposta dei Responsabili. Il rispetto degli standards regionali per quanto concerne la quantità oraria di prestazioni delle singole figure professionali viene costantemente tenu-

to controllato dall'Ufficio personale e dal Coordinatore generale servizi infermieristici, utilizzando anche i programmi informatici a disposizione, legati ai sistemi di rilevazione delle presenze.

E' definito l'organigramma che prevede la responsabilità di gestione dell'unità operativa affidata ai preposti Responsabili medici e Coordinatori infermieristici.

Ogni operatore collabora alla definizione e aggiornamento dei piani di lavoro (mansionari) in virtù di variabili quali la modifica dei bisogni dell'utenza e dell'organizzazione.

Le specifiche responsabilità sono legate ai vari profili professionali; le scelte terapeutiche vengono condivise dall'equipe coinvolgendo la famiglia e i diversi servizi territoriali, ove presenti, quali partner nel processo di cura.

La formazione del personale sanitario e assistenziale è annualmente programmata dal Direttore sanitario in base al bisogno formativo espresso dai coordinatori infermieristici d'unità operativa e da apposito questionario somministrato al personale. Vi è una particolare attenzione alla programmazione di argomenti che soddisfino le necessità formative in base alle diverse fragilità assistite in Fondazione.

Il piano formativo viene valutato e approvato dal Consiglio d'amministrazione che autorizza anche l'importo da imputare al centro di costo specifico. E' possibile il finanziamento dei Fondi interprofessionali in collaborazione con aziende che si occupano dell'argomento.

Il piano formativo prevede anche eventi aperti a persone esterne con richiesta, in alcuni casi, di pagamento di una quota d'iscrizione.

La formazione si sviluppa su tre livelli distinti: sicurezza, aggiornamento tecnico-professionale, gruppi di supervisione.

Selezione del personale (d.g.r. 3540/12)

Reati ipotizzabili: art. 25-quater (Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico)

L'avvio di ogni procedura di reclutamento personale è preventivamente autorizzata Presidente, su richiesta dal Direttore sanitario e/o del Responsabile generale servizi infermieristici (se trattasi di area sanitario assistenziale, cucina, lavanderia), Ufficio tecnico (se trattasi di manutenzione).

I colloqui vengono svolti dal Responsabile generale servizi infermieristici, tranne che per il personale medico, cui provvedere il Direttore sanitario e per il personale manutentivo e amministrativo (cui provvede generalmente una commissione nominata dal Consiglio

d'amministrazione). Generalmente per l'attività di selezione si considerano le candidature/curricula pervenute all'Ente anche se, in taluni casi (per gli Asa), si procede alla selezione di candidati che hanno prestato tirocinio c/o l'Ente ottenendo ottimi giudizi. Generalmente, i candidati esprimono loro disponibilità consegnando a mano o recapitando, anche via mail, il proprio curriculum vitae datato e firmato presso gli uffici Amministrativi della Fondazione. Le candidature vengono classificate in base alla professione e archiviate in ordine alfabetico per almeno due anni.

I criteri alla base dell'individuazione del candidato prescelto per l'assunzione sono indicati in apposita relazione indirizzata al Consiglio d'amministrazione che indica anche i nominativi degli altri candidati presi in esame nel processo di selezione. Le selezioni rispettano quanto dichiarato nel Codice etico della Fondazione e protocollo interno n°08tec.

Per gli incarichi libero professionali le designazioni sono fatte da Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio tecnico, secondo le professionalità. L'incarico è sempre deliberato dal Consiglio d'amministrazione.

Soggetti coinvolti: Responsabile generale servizi infermieristici, Direttore sanitario, Presidente, Consiglio d'amministrazione, Ufficio personale, Ufficio contabilità

Rischio reato: Basso

Assunzione extra comunitari

Reati ipotizzabili: art. 25-duodecies (Impiego di cittadini di paesi terzi in soggiorno irregolare)

Prima di procedere con l'assunzione del dipendente, comunitario e non, l'Ufficio personale chiede all'interessato la documentazione probatoria del possesso dei requisiti per legge per la copertura del posto. Qualora il dipendente sia extra comunitario viene richiesta copia del permesso di soggiorno in corso di validità e, una volta acquisito, si indicano 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: Ufficio personale, Presidente

Rischio reato: Medio

Requisiti del personale e collaboratori (d.g.r. 3540/12)

Prima di sottoscrivere il contratto individuale di lavoro e/o il contratto d'incarico per parasubordinati, l'Ufficio personale acquisisce dall'interessato copia degli eventuali richiesti titolo

di studio e/o certificato d'iscrizione a collegio-ordine-albo professionale. La documentazione viene conservata nel fascicolo personale del lavoratore. La stessa procedura rispetta l'Ufficio contabilità e l'Ufficio tecnico per la stipula dei contratti d'incarico a libero professionisti. Il contratto d'incarico prevede sempre il possesso in capo al libero professionista di una polizza di responsabilità civile verso terzi.

Se la figura professionale è dipendente pubblico, viene richiesta l'autorizzazione rilasciata dall'Ente di appartenenza in ordine alla possibilità di prestare la propria opera in favore della Fondazione. Periodicamente, nei termini previsti dalla legge, viene rilasciata al professionista comunicazione ai sensi dell'art. 53 d.lgs. 165/01 attestante il totale degli emolumenti corrisposti.

Operano presso l'Ente sia dei volontari aderenti ad associazione di volontariato (Associazione volontari hospice, con la quale vige specifica convenzione), sia altri volontari che prestano la loro opera in forma del tutto gratuita, del tutto libera e con maggiore o minore assiduità. Per i volontari più assidui, la Fondazione paga un'assicurazione per gli infortuni. L'opera dei volontari è di mero supporto al lavoro del personale in servizio e sempre in esubero rispetto agli standards organizzativo gestionali.

Un sacerdote celebra la S. Messa e una suora opera in forma di volontariato c/o il Rep. Alzheimer e avvicina i pazienti desiderosi di assistenza religiosa in tutte le unità operative (i servizi sono regolati da convenzioni in essere con le Ancelle della Carità e con la Parrocchia).

Corretta applicazione contratti collettivi di lavoro e norme in materia di lavoro - turnistica (d.g.r. 3540/12)

I turni orari di presenza, gli orari di lavoro, i riposi settimanali, le ferie ecc. dei singoli dipendenti sono programmati dal Responsabile generale servizi infermieristici mensilmente secondo lo "schema base" in atto, comunicato alle rappresentanze sindacali, ad eccezione di quelli del personale medico (Direttore sanitario), dei manutentori (Ufficio tecnico) e degli Uffici amministrativi (Presidente e, per le ferie, Direttore amministrativo). Le figure apicali hanno l'obbligo di fare l'orario minimo di lavoro settimanale ma non quello di rispettare orari d'ingresso-uscita, che regolano in base alle esigenze di servizio.

Il servizio di reperibilità interessa il personale medico (turnazioni fissate dal Direttore sanitario), il personale infermieristico del servizio di assistenza domiciliare (turnazioni fissate dal Responsabile generale servizi infermieristici), e il personale di manutenzione (turnazioni fissate dall'Ufficio tecnico).

Il controllo sulla conformità a contratto degli orari di lavoro giornaliero e settimanale, riposo settimanale, periodi di ferie, ore straordinarie ecc, effettivamente svolti, sono effettuati mensilmente dall'Ufficio personale, che segnala le eventuali violazioni al responsabile di riferimento e al Presidente, per i provvedimenti del caso.

Eventuali appalti di servizi, contratti libero professionali o di lavoro parasubordinato vengono sempre deliberati dal Consiglio d'amministrazione. In questa sede il Direttore amministrativo esprime sempre la propria valutazione circa il rispetto della normativa a contrasto di pseudo appalti e pseudo incarichi libero professionali.

Nei disciplinari d'incarico sottoscritti dal 2013 verrà inserita una clausola ove il professionista dichiara, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi che ha in essere, il rispetto della normativa relativamente alla turnazione e alla durata dei riposi minimi.

Contenimento turn over (d.g.r. 3540/12)

I trasferimenti di personale tra reparti sanitario assistenziali, cucina, lavanderia vengono decisi dal Responsabile generale servizi infermieristici, tranne che per il personale medico, cui provvede il Direttore sanitario. I trasferimenti non su richiesta sono limitati ai casi di esigenze di servizio legate ad una migliore distribuzione della forza lavoro, in presenza di esuberi-carenze, o in presenza di situazioni di "incompatibilità ambientale" del soggetto.

I trasferimenti avvengono previa comunicazione scritta all'interessato e ai responsabili delle unità coinvolte.

Periodicamente è chiesto agli operatori, tramite questionario, di esprimere eventuale richiesta/disponibilità di trasferimento o variazione tipologia contrattuale, presa in considerazione ogni qualvolta si crei una esigenza organizzativa.

Onde prevenire i disagi connessi a rilevante turn-over degli operatori, la Fondazione mantiene ai propri dipendenti, anche di nuova assunzione, il contratto delle Autonomie Locali che riserva prerogative non solo economiche di miglior favore rispetto ad altri contratti applicati al mondo socio-sanitario. L'avvicendamento di personale è quasi inesistente sui posti a tempo indeterminato, poiché vengono generalmente riscontrate in modo positivo, nei limiti delle esigenze imposte dal servizio, eventuali richieste di part-time e/o agevolazioni di turni/orari.

Sostituzione personale assente - Reperibilità in caso di urgenze o imprevisti - Continuità assistenziale (d.g.r. 3540/12)

Gli standard sono garantiti dalla definizione di dotazione organica specifica per ogni unità operativa che contempla anche la temporanea assenza di operatori per malattia.

In caso di assenze prolungate è richiesta al Consiglio d'amministrazione autorizzazione all'assunzione di operatore a tempo determinato.

La continuità assistenziale è garantita dalla programmazione della turnistica, gestita dai Coordinatori infermieristici d'unità operativa e, in loro assenza, dal personale infermieristico presente in turno.

Per ciascuna unità operativa è individuato l'organico minimo di personale che deve essere garantito in ciascuna fascia della giornata.

Sono presenti due operatori asa "jolly", assegnati all'unità operativa interessata col maggior assenteismo, onde non inficiare il servizio, non solo in termini di standard erogato, ma anche in termini di qualità resa agli utenti.

E' predisposto protocollo n. 09 tec "Garantire la continuità assistenziale in caso di imprevisti di tipo organizzativo".

Sono reperibili nelle 24 ore i medici; gli infermieri dell'A.D.I. e i manutentori nelle fasce orarie di non servizio secondo calendarizzazione predisposta mensilmente.

Le equipe di ogni unità operativa si incontrano per la condivisione degli obiettivi di assistenza e di cura e per la predisposizione dei Piani Assistenziali Individuali o Progetti riabilitativi individuali secondo scadenze programmate in conformità delle indicazioni normative e secondo variazioni dello stato di salute dell'utente. I contenuti sono poi condivisi con la famiglia.

Nel caso del C.D.I. è coinvolto anche l'assistente sociale del comune di residenza.

Sono poi programmati incontri mensili tra i gruppi degli operatori delle unità operative allo scopo di condividere e confrontarsi, coordinarsi, progettazione, risoluzione eventuali conflitti interni.

Gestione delle urgenze di carattere tecnico (d.g.r. 3540/12)

Le urgenze di carattere tecnico vengono gestite in prima battuta dal personale tecnico interno nelle figure dei manutentori. Il presidio in Struttura del servizio manutenzione è articolato con un doppio turno giornaliero dalle ore 7 alle 19, da lunedì a sabato.

Negli orari senza presidio dei manutentori in azienda e nei giorni festivi, vale il calendario di reperibilità mensile, distribuito a tutte le unità operative.

L'operatore reperibile viene chiamato dal personale dell'unità operativa sul cellulare attraverso numeri brevi prefissati inseriti nel centralino.

Il manutentore deve intervenire in struttura entro 30 minuti dalla chiamata.

Timbrature e/o registri presenze (d.g.r. 3540/12)

Gli standards minimi vanno garantiti in ogni settimana dell'anno. Si conteggiano le ore per discussione casi, passaggio consegne e ore di effettivo accesso all'unità operativa del personale reperibile. Non si conteggiano ore di formazione, reperibilità, coordinamento.

La verifica delle presenze assenze è effettuata in loco dai Responsabili delle unità operative e dall'Ufficio personale tramite l'apposito sistema di rilevazione di entrate e uscite.

Tutto il personale è dotato di badge che utilizza per timbrare gli ingressi e le uscite che sono acquisite nel sistema di rilevazione delle presenze. La verifica degli standards per le figure operanti su più unità produttive (medici, fisioterapisti, educatori, ecc.) è operata mensilmente a consuntivo. La dotazione di personale in ciascuna unità operativa consente, sulla base delle turnazioni in essere, il rispetto dello standard richiesto dalla normativa

Nel corso dell'attività di rilevazione presenze vengono inserite causali relative alle attività di formazione tenute dal personale in modo da "defalcarle" dalle ore lavorate quelle non utili ai fini della quantificazione degli standards. Eventuali ore non rendicontabili perché riferite al coordinamento, ad attività di pulizia (asa) o comunque ad attività non dedicate all'assistenza dei degenti vengono determinate a consuntivo.

Si sta valutando come procedere ad individuare le ore degli asa non dedicate all'assistenza per attività di pulizia. Riguardo alle ore dei medici da rendicontare, si tolgono quelle relative alla formazione e quelle indicate dal Direttore sanitario per l'attività di coordinamento.

Formazione del personale (d.g.r. 3540/12)

Il piano di formazione è predisposto annualmente dal Responsabile generale servizi infermieristici e dal Direttore sanitario che raccolgono i bisogni formativi, compresi quelli inerenti ai crediti Ecm per il personale sanitario. Il Piano è approvato dal Consiglio d'amministrazione, che determina anche le risorse disponibili.

Il piano di formazione si suddivide in tre parti: formazione tecnica specifica sull'assistenza agli utenti, incontri di supervisione, sicurezza sul lavoro (anche per quanto concerne le manovre rapide, i dispositivi di protezione, sollevatori, movimentazione utente, rischio biologico, rischio chimico, utilizzo dei mezzi e dispositivi di protezione collettiva (allarmi, ecc.) e, più in generale, la prevenzione dei fattori di rischio per la salute dei lavoratori).

Ogni evento organizzato o commissionato dalla Fondazione è documentato da specifici registri presenza, programma, Curriculum Vitae docenti, questionari di valutazione apprendimento, il tutto conservato e archiviato per anno dal Responsabile generale servizi infermieri-

stici.

La formazione può o meno avvenire in orario di servizio.

Gli attestati, diplomi ecc. relativi alla formazione conseguita (compresa quella ai fini Ecm) sono inseriti dall'Ufficio personale nei fascicoli dei singoli operatori. Quella relativa ai crediti Ecm e sicurezza sul lavoro è raccolta e registrata anche dal Responsabile generale servizi infermieristici in schede personali.

Le verifiche sull'assolvimento dei crediti Ecm, oltre che sull'avvenuta informazione, formazione e addestramento dei singoli operatori in materia di sicurezza e salute sul lavoro, con relativi aggiornamenti periodici, sono curate dal Responsabile generale servizi infermieristici.

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

Procedure per rilevazione dati soddisfazione operatori e piani di miglioramento.

La Regione interviene obbligando l'invio all'A.S.L, ogni anno, di report di soddisfazione dei lavoratori. Il Responsabile generale servizi infermieristici procede annualmente alla distribuzione di un questionario in merito.

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 si svolgono incontri con il consulente 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 prevenzione protezione aziendale, dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, 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 e cura la sorveglianza sanitaria. Egli redige una relazione periodica. Effettua la visita d'idoneità ai neo assunti.

Viene rispettata la normativa della Regione Lombardia sulla figura del Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, che è dipendente della Fondazione e si interfaccia direttamente anche con l'Organismo di vigilanza. Questa figura frequenta i corsi d'aggiornamento periodici obbligatori.

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

Vengono utilizzati dispositivi di protezione collettiva ed individuale. Per questi ultimi viene fatto sottoscrivere dall'Ufficio tecnico o dal Magazzino un verbale di consegna, conservato nel fascicolo del dipendente, presso l'Ufficio personale. Spetta ai Coordinatori infermieristici d'unità operativa l'addestramento all'uso. La rilevazione del loro mancato utilizzo e la segnalazione ai superiori, per i provvedimenti del caso (compresi quelli disciplinari).

Il Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, con la collaborazione del Responsabile generale servizi infermieristici, programma e cura lo svolgimento della formazione obbligatoria dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, dei preposti e di tutto il personale dipendente in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro anche per quanto concerne le manovre rapide e i dispositivi di protezione (esempio: uso del sollevatore, movimentazione utente, rischio biologico). Si veda al riguardo il capitolo dedicato alla Formazione del personale.

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

Ogni anno il Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale e il Responsabile generale servizi infermieristici organizzano e curano la formazione degli operatori da inserire nella squadra antincendio e di quelli addetti al primo soccorso.

L'Ufficio tecnico redige e aggiorna i protocolli di utilizzo e cura l'attuazione dei piani di manutenzione per le attrezzature e impianti definiti pericolosi nel Documento di valutazione rischi.

L'Ufficio tecnico organizza, cura l'effettuazione (per il tramite dei manutentori interni e/o

ditte specializzate incaricate dal Consiglio d'amministrazione), sorveglianza e annota su registro le manutenzioni ordinarie, straordinarie, le verifiche periodiche di sicurezza e prestazione, i collaudi periodici, relativamente a: presidi antincendio (porte tagliafuoco, estintori, idranti manichette, rilevatori fumo, rilevatori metano, sistemi acustico-luminosi di allarme ...), apparecchiature elettromedicali e dispositivi medici (di cui tiene l'elenco), dispositivi medici, ascensori, gas medicali, gas metano, impianti elettrici e speciali, attrezzature pericolose cucina e lavanderia, apparecchiature a pressione a servizio della centrale termica e centrale frigorifera, impianto idrotermosanitario (libretto di centrale) anche ai fini della prevenzione della legionella, carrelli elevatori, impianto protezione scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, gli impianti con materiali esplosivi (metano), il tutto come da manuali.

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

Per tutti i prodotti chimici presenti, l'Ufficio tecnico tiene una raccolta delle schede tecniche e di sicurezza, e consegnate a tutti i reparti che li utilizzano. Le informazioni e l'addestramento sull'uso dei prodotti chimici è affidato ai coordinatori infermieristici d'unità operativa.

Soggetti coinvolti: Presidente, Consiglio d'amministrazione, Consulente esterno, Medico competente, Direttore amministrativo, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Responsabile generale servizi infermieristici, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Ufficio tecnico, Ufficio personale, Preposti (Coordinatori infermieristici d'unità operativa ecc.), Squadra antincendio, Addetti al primo soccorso, Organismo di vigilanza.

Rischio reato: Critico

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

In Fondazione si utilizza il piano di autocontrollo Haccp, dove sono definite le procedure e le responsabilità.

Responsabile Haccp è il Direttore sanitario che per quanto riguarda il servizio cucina ha individuato nella figura del responsabile l'operatore addetto alla vigilanza sulla corretta applicazione delle indicazioni riportate nel manuale.

Ogni due anni è organizzata specifica formazione per gli addetti del servizio cucina e per i Coordinatori infermieristici d'unità operativa, che hanno il compito di trasmettere le informazioni agli infermieri addetti alla porzionatura dei pasti.

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 a un sistema informatico o telematico; art. 615-ter codice penale)*

La Fondazione dispone di un Documento sulla sicurezza, aggiornato annualmente, redatto in collaborazione con un consulente esterno (studio Tecnologie Ambientali), 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. L'amministratore di sistema è Arizzi Luca, professionista esterno.

I soggetti che possono accedere ai dati informatici sono singolarmente autorizzati per iscritto dal Presidente, su proposta del Responsabile generale servizi infermieristici, Direttore sanitario e Direttore amministrativo, secondo i settori di competenza. 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.

Il Responsabile generale servizi infermieristici individua i soggetti abilitati e ne informa l'amministratore di sistema, che procede al rilascio delle credenziali di accesso. Uguale procedura in caso di ritiro. Per gli Uffici provvede il Presidente con le stesse modalità.

Nell'ambito delle suddette persone autorizzate, il Responsabile generale servizi infermieristici individua quelle abilitate all'utilizzo del software con i dati sanitari (gestione informatizzata cartella socio sanitaria, Pai, Schede Sosia, cartelle cliniche ecc), rilasciando loro le credenziali di accesso.

L'apparato informatico dispone di sistemi antivirus e anti intrusione atti a prevenire l'intercettazione illecita di comunicazioni informatiche o il danneggiamento d'informazioni e programmi. La manutenzione e l'aggiornamento è affidata all'Amministratore di sistema.

Non esiste policy riguardante i siti cui accedere per utilizzo personale, in quanto espressamente vietato.

Soggetti coinvolti: Presidente, Consulente esterno, Amministratore di sistema, Responsabile generale servizi infermieristici, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Ufficio tecnico

Rischio reato: Basso

AREA DIRITTI D'AUTORE

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

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

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

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

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

L'Ufficio tecnico e i manutentori sono informati circa il divieto di installare sugli apparecchi audio-televisivi presenti in struttura, strumenti in grado di decodificare o ricevere abusivamente trasmissioni a pagamento.

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

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

Rischio reato: Basso

AREA UTENZA

Tutela della persona dell'utente

Reati ipotizzabili: 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 l'agevolazione di pratiche chirurgiche come la mutilazione genitale degli organi femminili.

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

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

Soggetti coinvolti : Direttore sanitario, Medici

Rischio reato: Medio

Liste d'attesa, accesso alle prestazioni, carta dei servizi. contratto d'ingresso, rette e tariffe (dgr 3540/12)

Generalmente, i familiari degli anziani interessati all'ingresso in R.S.A. e C.D.I. si recano dall'assistente sociale del comune di residenza che li informa e li aiuta nella compilazione della domanda d'ingresso.

Quando si rivolgono direttamente alla Fondazione, i richiedenti dell'ingresso sono invitati a recarsi dall'assistente sociale del comune di residenza. In questa fase sono eventualmente fornite informazioni inerenti alla tipologia di reparti, di servizi erogati e requisiti di accoglienza.

La pratica completata è trasmessa dal Comune al nostro Ufficio accoglienza, che organizza la visita per la valutazione e compilazione del Sosia da parte del medico incaricato.

Lo stesso Ufficio invia tutta la documentazione completa al Cup e il Sosia compilata all'assistente sociale del comune di residenza. L'utente entra in lista d'attesa.

L'appropriatezza del ricovero viene valutata dal Direttore sanitario che visiona la documentazione e la domanda fornita dalla famiglia. Per i pazienti già seguiti dall'U.V.A. si può prendere l'occasione della visita ambulatoriale. Per quanto riguarda gli utenti provenienti da Centro Alzheimer di Gazzaniga (Ferb) si attivano contatti diretti tra il Direttore sanitario e il servizio ospedaliero.

L'Ufficio accoglienza si collega al sito del Cup per verificare la posizione in lista d'attesa e contattare l'utente per proporre l'ingresso.

La lista d'attesa è creata in base al punteggio di gravità assegnato dal Cup e alla residenza (i Vertovesi hanno priorità di accesso).

E' possibile informare i familiari sulla posizione in lista d'attesa tenendo in considerazione che la medesima è suscettibile di variazioni in base all'inserimento di persone con gravità maggiore.

Come da regolamento interno, è facoltà del Direttore sanitario eseguire trasferimenti da un nucleo all'altro, in caso di disponibilità di posto (decesso, dimissione), qualora l'utente perda i requisiti di permanenza nel nucleo di provenienza.

Come da disposizione interna, per garantire l'accesso a tutti i richiedenti, l'amministrativa su indicazione del Direttore sanitario attingerà in modo cronologico alla lista Cup, alla lista "trasferimenti interni" e alla lista "Vertovesi ricoverati presso altre strutture in attesa di trasferimento" creata in base al punteggio assegnato dal Cup.

Per quanto riguarda la R.S.A. Alzheimer, la lista, separata tra uomini e donne, viene redatta in base alla residenza e alla data di presentazione della domanda.

Anche per i ricoveri di sollievo viene data priorità ai Vertovesi. Vi è specifica lista che viene gestita in base ai periodi di richiesta.

Per valutare la presenza dei requisiti per l'erogazione del servizio, presso il C.D.I. si effettua visita di pre-ingresso, con la partecipazione dell'assistente sociale del comune di residenza del richiedente, del Responsabile medico e del Coordinatore infermieristico dell'unità operativa, il tutto come previsto dal Regolamento approvato con delibera del Consiglio d'amministrazione.

Nel reparto di Riabilitazione generale geriatrica l'ingresso è vincolato al ricevimento del Piano riabilitativo redatto dal medico specialista. La richiesta di ricovero proveniente dal medico di assistenza primaria dovrà seguire una prima visita fisiatrica per la stesura del progetto riabilitativo. La lista d'attesa è tenuta dal Coordinatore del servizio in base alla data di presentazione della domanda d'ingresso e alla coerenza con i requisiti previsti dal regolamento A.S.L.

In Hospice il paziente/la famiglia è convocato a colloquio dall'equipe di reparto che stabilisce la priorità d'ingresso secondo i criteri definiti. La lista d'attesa è tenuta dal Coordinatore infermieristico dell'unità operativa, in base alla data di richiesta, alle condizioni socio-sanitarie e alla prognosi.

Nelle Comunità Psichiatriche la richiesta consiste nell'invio della relazione clinica sul pa-

ziente, da parte del Centro Psico Sociale di competenza, la quale permette di effettuare una prima visita dell'equipe (Psichiatra, Coordinatore infermieristico dell'unità operativa e Assistente sociale interno), per definire l'appropriatezza, l'inserimento in lista d'attesa e i tempi d'ingresso. La lista d'attesa è tenuta dal Coordinatore infermieristico delle Comunità, in base alle risultanze della visita.

Per quanto riguarda l'A.D.I, l'attivazione del servizio è a carico del medico di assistenza primari, previa autorizzazione A.S.L. Non c'è lista d'attesa.

Le rette della R.S.A. e del C.D.I. sono periodicamente approvate con delibera dal Consiglio d'amministrazione. Il modulo con indicate gli importi è allegato alla Carta dei servizi, pubblicato sul sito web e a disposizione presso l'ufficio accoglienza.

All'ingresso viene sottoscritto dal familiare di riferimento il contratto d'ingresso. La descrizione dei servizi resi compresi nella retta e dei servizi extra a pagamento sono specificati nella Carta dei servizi e nel regolamento.

Le fatture di rette e spese a carico della famiglia o dei Comuni vengono emesse alla fine di ogni mese, le stesse sono pertanto posticipate e devono essere pagate con Bonifico Bancario entro il 25 del mese successivo all'emissione oppure, nel caso sia previsto l'addebito diretto in conto, vengono saldate al 15 del mese successivo.

La certificazione ai fini fiscali viene rilasciata per tempo a cura dell'Ufficio accoglienza. I calcoli vengono curati da Ufficio accoglienza e Ufficio rendicontazioni.

Carta dei Servizi (d.g.r. 3540/12)

La Carta dei Servizi, elaborata secondo le indicazioni normative vigenti, viene aggiornata ogni due anni dal Responsabile generale servizi infermieristici, in collaborazione col Direttore sanitario, quindi approvata dal Consiglio d'amministrazione.

La Carta dei servizi, a disposizione presso l'ufficio accoglienza e sul sito internet della Fondazione, è consegnata all'ingresso in struttura e all'A.S.L. in caso di modifiche.

Linee guida, Piani assistenziali, Cartelle cliniche et similia (d.g.r. 3540/12)

Le linee guida/protocolli sono prodotti da incaricati dal Responsabile generale servizi infermieristici secondo le indicazioni normative e secondo il bisogno emergente.

La bozza del documento è valutata ed eventualmente corretta dal Responsabile generale servizi infermieristici e, in ultimo, dal Direttore sanitario con approvazione di firma su ogni foglio.

I protocolli sono aggiornati ogni tre anni e rimangono a disposizione presso gli ambulatori

infermieristici di ogni unità operativa e presso il Responsabile generale servizi infermieristici.

Il controllo sull'applicazione delle procedure è affidato al Coordinatore infermieristico e al Responsabile medico dell'unità operativa, per quanto riguarda le pratiche assistenziali e cliniche, per le altre procedure il controllo è svolto dal Direttore sanitario.

E' a disposizione elenco completo di tutti i protocolli e procedure.

Il Fascicolo socio sanitario assistenziale (Fasas) informatizzato è applicato in R.S.A, in I.D.R. e presso le Comunità psichiatriche mentre in CD.I, Hospice, R.G.G. e A.D.I. è utilizzato il cartaceo. Ognuna di queste ultime unità operative ha elaborato seguendo le indicazioni normative in merito una Cartella clinica rispondente agli specifici bisogni e approvata dal Direttore sanitario.

Nel fascicolo sono anche contenuti i piani assistenziali (Pai), i piani riabilitativi (Piano Riabilitativo Assistenziale /Progetti Terapeutici Riabilitativi) che sono progettati e valutati periodicamente dall'equipe curante.

I Sosia e/o Sdo di tutti i reparti sono compilati dal Responsabile medico d'unità operativa e inseriti nel programma informatico Cba, quindi elaborati e inviati dal personale amministrativo in A.S.L. trimestralmente.

Customer satisfaction (d.g.r. 3540/12)

Annualmente vengono distribuiti (manualmente o per posta) questionari di soddisfazione a tutti familiari della R.S.A, C.D.I, I.D.R, Comunità Psichiatriche.

In base alle linee guida emesse dall'A.S.L. e successiva variazione, i questionari sono somministrati agli utenti che hanno un punteggio alla scala di valutazione M.M.S.E. ≥ 18 e/o su valutazione delle condizioni cognitive valutate dal medico.

Gli utenti possono, in casi di difficoltà nella compilazione, essere aiutati da personale amministrativo esterno all'Unità operativa.

Presso l'Hospice è somministrato solo il questionario ai familiari che viene consegnato, dopo il decesso dell'utente; in Assistenza Domiciliare Integrata (unico questionario) è consegnato all'utente/famiglia; in Riabilitazione Generale Geriatrica i questionari sono consegnati a pazienti e familiari, al momento della dimissione.

Annualmente sono raccolti i dati, valutati i risultati con il Direttore sanitario, i Medici e i Coordinatori infermieristici d'unità operativa (che trasferiscono i risultati negli incontri di reparto).

Sono inoltre organizzati incontri per i familiari (suddivisi per unità operative) per la pre-

sentazione dei risultati, comunicazione delle azioni di miglioramento intraprese nell'anno in questione e presentazione delle azioni da intraprendere per migliorare le criticità evidenziate.

Sono inoltre somministrati questionari per la valutazione/prevenzione del burn-out a campioni di operatori (unità operative). Anche in questo caso i risultati sono oggetto di discussione e valutazione di azioni di miglioramento nonché pianificazione della prevenzione primaria e secondaria.

I risultati dei questionari sono a disposizione del personale A.S.L. incaricato della vigilanza.

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

Le modalità di approvvigionamento delle unità operative è regolamentata nelle linee guida/protocollo n. 03 tec “La gestione delle preparazioni stupefacenti in istituzione”, n. 04 tec “Conservazione, gestione dei farmaci e dei dispositivi medici” dove sono specificate procedure di approvvigionamento dal magazzino, conservazione negli ambulatori infermieristici, somministrazione e smaltimento dei farmaci scaduti.

AREA AMBIENTE

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

- *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, 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 poi inserito nel contenitore halipak che, quando a sua volta 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 informati gli Uffici amministrativi.

L'Ufficio contabilità 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 giorni provveda al suo trasporto e smaltimento.

Sul medesimo registro vengono caricati anche altri rifiuti: Farmaci scaduti e Carta e Carto-

ne.

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 contabilità registra lo scarico sul registro di Carico / Scarico.

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

L'Ufficio contabilità ha attivato anche il Sistri sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti in maniera elettronica (dm 52 del 18 febbraio 2011). La Fondazione possiede il dispositivo USB funzionante, ma la sua operatività è sospesa fino al 30 giugno 2013.

Soggetti coinvolti: Direttore sanitario, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Ufficio contabilità, Ufficio tecnico

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 suesesa parte dedicata alla “Mappatura aree e correlativi rischi reato”.

2) PROTOCOLLI GENERALI DI PREVENZIONE

a) Linee generali di Condotta.

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

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

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

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

Ogni documentazione indirizzata ad amministrazioni o enti pubblici, sottoscritta dal Presidente, dovrà essere preventivamente soggetta a parere d’idoneità del Direttore amministrativo o sanitario, secondo le rispettive competenze.

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

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

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

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

trà intervenire.

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

E' dovere del superiore gerarchico esigere il rispetto delle prescrizioni da parte delle figure sottoposte. Costituiscono inadempienze sanzionabili sia il mancato controllo e coordinamento dei sottoposti, sia gli atteggiamenti di tolleranza delle violazioni, sia la mancata segnalazione delle inadempienze all'organismo interno preposto all'irrogazione delle sanzioni.

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

Deleghe

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

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

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo

1 - Iniziativa

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

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

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

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

2 - Attività preliminari alla delibera

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

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

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

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

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

3 - Forma e registrazione delle delibere

Nel corso delle adunanze il Direttore amministrativo redige un verbale, recante data, elen-

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

Tutti i verbali delle adunanze sono raccolti in registro composto da fogli preventivamente vidimati e numerati dalla Camera di Commercio IAA. E' vietato distruggere o manomettere il registro. I fogli annullati devono rimanere integri. Ogni correzione, consentita al solo Direttore amministrativo previa delibera del Consiglio d'amministrazione, viene datata e apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

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

4 - Esecuzione delibere del Consiglio d'amministrazione

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

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

5 - Controllo

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

6 - Tracciabilità

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

7 - Conservazione

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo

1 - Iniziativa

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

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

2 - Attività preliminari al provvedimento

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

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

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

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

3 - Provvedimenti

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

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

4 - Esecuzione del provvedimento

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

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

5 - Controllo

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

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

6 - Tracciabilità

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

7- Conservazione

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

d) Protocollo generale per la gestione delle risorse finanziarie.

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

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

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

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

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

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

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

Il Consiglio d'amministrazione approva specifici regolamenti sulla gestione, rendicontazione e verifica dei flussi di contante.

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

- non vi deve essere identità fra chi assume o attua le decisioni d'impiego delle risorse fi-

- nanziarie, chi registra l'operazione contabilmente e chi è addetto al controllo finale;
- i poteri e le responsabilità di ciascun soggetto che compie operazioni devono essere sempre chiaramente formalizzati e resi noti all'interno della Fondazione e all'esterno, ove necessario (si ritiene consigliabile formalizzare all'esterno i soggetti e l'ambito delle deleghe di spesa);
 - tutti gli atti, le richieste e le comunicazioni formali devono essere sottoscritte e controllate da soggetti dotati di idonei poteri di rappresentanza della Fondazione;
 - ogni operazione e/o transazione commerciale devono essere preventivamente autorizzata, coerente, documentata, motivata, registrata e verificabile;
 - gli ordini di pagamento (bonifici ecc.) diretti alla banca della Fondazione sono sempre predisposti dall'Ufficio contabilità, sulla base di adeguata documentazione di supporto (regolari contratti, fatture controllate, disposizioni del Presidente ecc.); la firma degli ordini di pagamento compete al solo Presidente o, in caso di assenza, al suo vicario statutariamente identificato; l'eventuale libretto degli assegni è detenuto dall'Ufficio contabilità; l'utilizzo degli assegni è riservato al solo Presidente, che li richiede volta per volta, sulla base di adeguata documentazione di supporto; i pagamenti tramite carta di credito sono autorizzati dal Consiglio d'amministrazione esclusivamente per modici valori;
 - i documenti su operazioni di trasferimento di denaro della Fondazione devono essere archiviati e conservati a cura dell'Ufficio contabilità, con modalità da non consentire una modifica successiva se non dandone specifica evidenza;
 - gli assegni di pagamento e quelli circolari (bancari o postali), i vaglia postali e cambiali emessi e ricevuti devono riportare l'indicazione dettagliata del beneficiario con nome o denominazione e ragione sociale, nonché la clausola di non trasferibilità;
 - è vietata l'apertura in qualunque forma di conti correnti o libretti di risparmio in forma anonima o con intestazione fittizia.

Flussi informativi

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

Gli operatori devono conservare e mettere a disposizione del Revisore dei conti e dell'Organismo di vigilanza tutta la documentazione concernente le operazioni eseguite, cu-

randone l'aggiornamento.

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

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Ufficio tecnico, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Medico competente, Preposti, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

1 - Iniziativa

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

2 - Attività preliminari alla decisione

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

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

3 - Assunzione della decisione e flussi informativi

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

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

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

- l'assetto organizzativo, relativamente alle scelte strategiche ex art. 2087 codice penale;
- l'analisi e la valutazione dei rischi;
- la nuova stesura o la revisione del Documento di valutazione rischi;
- la nomina o la sostituzione del Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale;

- il conferimento di deleghe ex art. 16 d.lgs. 81/08.

4 - Esecuzione della decisione

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

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

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

5 - Controllo

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

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

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

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività sarà tenuto a firmare e datare i documenti dallo stesso forniti o redatti al fine di agevolare i controlli necessari.

7 - Conservazione

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

8 - Pubblicità della decisione

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

3) PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE

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

- *art. 316 bis codice penale - Malversazione stato*
- *art. 316 ter codice penale - Indebita percezione di erogazioni Stato*
- *art. 640 comma 2 n. 1, codice penale - Truffa verso Stato o altro ente pubblico*
- *art. 640 bis codice penale - Truffa aggravata per conseguimento erogazioni pubbliche*
- *art. 640 ter codice penale - Frode informatica a danno dello stato o di altro ente pubblico*

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

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

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

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

Le fatture e le altre operazioni contabili inerenti alla riscossione di denaro dalle aziende sanitarie locali, Regione o altri enti e amministrazioni pubbliche sono comunicate al Direttore amministrativo, con indicazione di debitore, causale e importo.

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

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

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

E' vietato alterare, modificare, cancellare il contenuto dei documenti. Eventuali rettifiche possono essere autorizzate dal Revisore dei conti e comunicate al Presidente e all'Organismo di vigilanza. L'autorizzazione e il motivo della rettifica, con firma e data, sono scritti in calce al documento rettificato. I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

E' vietato:

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

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

g) Protocollo speciale per la redazione di documentazione sanitaria.

Figure coinvolte: Presidente, Ufficio rendicontazioni, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza, Responsabili medici d'unità operativa, Medici

e specialisti, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Psicologo, Assistente sociale.

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

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, rientrano tra i documenti sanitari: la cartella clinica o "Fascicolo sanitario e sociale" (Fasas) o Cartella Socio Sanitaria (Css), il "Piano Assistenziale Individuale" (Pai) o Piani di riabilitazione, la "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" (Sosia), la "Scheda di Dimissione Ospedaliera" (Sdo), il sistema di rilevazione informatica "Psiche", il diario di accessi e prestazioni rese dal servizio Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), i certificati medici.

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

I documenti sanitari devono possedere le seguenti caratteristiche:

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

sono raccolti e trattati.

E' vietato:

- rappresentare o trasmettere dati sanitari falsi, lacunosi o non rispondenti alla realtà;
- omettere dati o informazioni prescritti dalla legge o dalla deontologia professionale;
- alterare i dati e le informazioni destinate alla formazione dei documenti sanitari;
- illustrare i dati e le informazioni in modo da non fornire una presentazione corrispondente all'effettivo dato obiettivo riguardante lo stato psico-fisico dell'utente;
- non eseguire con completezza, accuratezza e tempestività, ogni comunicazione e trasmissione di dati e documenti previsti dalla normativa e richiesti dalle autorità di vigilanza;
- esporre nelle predette comunicazioni e trasmissioni fatti non rispondenti al vero oppure occultare informazioni rilevanti sullo stato psico-fisico dell'utente e successiva evoluzione;
- porre in essere comportamenti di ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza da parte di A.S.L. o altre pubbliche autorità.

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

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si precisa che:

- le cartelle sanitarie sono redatte dal Direttore sanitario o dai medici incaricati;
- i Piani assistenziali individuali - Pai o Piani riabilitativi sono redatti dal Direttore sanitario, dai medici incaricati, dagli infermieri, da fisioterapisti, educatori, psicologi, assistenti sociali, nelle sezioni di rispettiva competenza;
- i Sosia, le Sdo e simili sono redatti dal Direttore sanitario o dai medici incaricati, così come ogni certificato medico;
- il diario di accessi e prestazioni rese nel servizio Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) è redatto dall'infermiere o sanitario intervenuto, con il supporto di un addetto amministrativo.

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

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

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere documenti sanitari e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati e archiviati. Eventuali rettifiche sono auto-

rizzate dal Direttore sanitario, che ne dà comunicazione al Presidente e all'Organismo di vigilanza. L'autorizzazione e il motivo della rettifica, con firma e data, sono scritti in calce al documento rettificato. I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

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

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

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

Una "commissione medica", nominata dal Presidente e composta dal Direttore sanitario, da un medico e da un infermiere effettuerà ogni sei mesi la verifica a campione della corrispondenza tra i documenti sanitari e la documentazione giustificativa, accertandone la regolare conservazione e archiviazione. La Commissione appone una nota, datata e firmata, in calce ai documenti controllati. Le operazioni svolte e le valutazioni espresse sono scritte in un verbale, da consegnare in copia al Presidente e, in caso di riscontro anomalie, da comunicare all'Organismo di vigilanza. I verbali sono conservati dal Direttore sanitario.

h) Protocollo speciale per la redazione di documenti per l'ottenimento di contributi o finanziamenti pubblici o comunque indirizzata ad amministrazioni ed enti pubblici.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Ufficio rendicontazioni, Ufficio tecnico, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza.

La Fondazione, in ragione dei servizi svolti di natura sanitaria e assistenziale, dispone di un accreditamento regionale e acquisisce contributi pubblici nello svolgimento della propria attività.

Per l'ottenimento dei suddetti contributi la Fondazione è tenuta a trasmettere alle amministrazioni eroganti una serie di relazioni e rendicontazioni, che rappresentano l'andamento della propria attività in termini qualitativi e quantitativi.

Nell'ambito della Fondazione, a titolo esemplificativo, rientrano tra i suddetti documenti le

relazioni mensili, trimestrali e annuali indirizzate all'A.S.L, la Segnalazione d'inizio attività per l'esercizio delle attività (Scia o Dia), le domande di accreditamento, le domande per contributi o agevolazioni fiscali di vario genere.

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

E' vietato:

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

La predisposizione è curata dall'Ufficio preposto o da altro operatore professionalmente e funzionalmente competente per conoscere e valutare i dati e le informazioni richieste dal documento redigendo.

Ogni documento è oggetto di verifica e controllo da parte del Direttore amministrativo o del Direttore sanitario, secondo le rispettive competenze, previo confronto a campione dei dati inseriti con i dei documenti di riferimento.

Qualora il documento sia stato formato dal Direttore amministrativo o sanitario, il controllo e la verifica dei dati contenuti, è eseguito dal Presidente, previo confronto a campione dei dati inseriti e dei documenti di riferimento.

L'esito dei suddetti controlli sono annotati, datati e firmati in calce ad ogni documento verificato. Eventuali anomalie sono comunicate all'Organismo di vigilanza.

Domande

La presentazione a soggetti pubblici qualsivoglia istanza, domanda e/o comunicazio-

ne/segnalazione d'inizio attività è deliberata dal Consiglio d'amministrazione, previa segnalazione all'Organismo di vigilanza.

Il Direttore amministrativo fornisce al Consiglio d'amministrazione, a richiesta, la normativa inerente.

Chi ha contatti con amministratori, funzionari o addetti del soggetto pubblico destinatario, documenta per iscritto e informa il Consiglio d'amministrazione in merito alle ragioni, ai contenuti e all'esito.

L'istruttoria della pratica è curata dal soggetto o Ufficio individuato dal Presidente, al quale spetta la firma dell'atto da inviare.

La delibera del Consiglio d'amministrazione è comunicata ai soggetti, esterni al Consiglio, cui è demandata l'attuazione nonché all'Organismo di vigilanza.

Rendicontazioni

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si precisa che:

- le rendicontazioni economiche trimestrali e/o mensili indirizzate all'A.S.L. per la Residenza sanitario assistenziale per anziani (R.S.A), Centro diurno integrato per anziani (C.D.I), Hospice, Riabilitazione generale e geriatrica (R.G.G) sono compilate dall'Ufficio rendicontazioni, sulla scorta dei dati provenienti dai responsabili sanitari delle unità operative, che devono segnalare in tempo reale, per iscritto o in via informatica ogni ingresso, dimissione, decesso, interruzione temporanea del servizio (ricoveri ospedalieri ecc.), e ogni evento che possa influire sugli aspetti economici del servizio reso (cambio classe Sosia ecc.);
- la rendicontazione periodica del servizio Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) è redatta dall'Ufficio accoglienza, sulla scorta del diario clinico redatto per ogni paziente dagli infermieri e sanitari addetti al Servizio;
- le relazioni annuali indirizzate all'A.S.L. in base alla normativa regionale sulle varie unità operative (ad esempio la "scheda struttura" della R.S.A.) vengono compilate, per quanto riguarda i dati finanziari dall'Ufficio contabilità e dall'Ufficio rendicontazioni, per quanto riguarda gli standard orari del personale addetto dall'Ufficio personale e dal Responsabile generale servizi infermieristici per l'area sanitaria e assistenziale.

Le rendicontazioni si basano e trovano rapido e puntuale riscontro nella documentazione giustificativa, recante i controlli eseguiti, i criteri di valutazione utilizzati e le motivazioni di emissione. Tutte le rendicontazioni e la documentazione di riferimento è archiviata, anche su

supporti informatici, dall'Ufficio rendicontazioni o dall'Ufficio accoglienza.

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere i documenti sopra descritti e i dati ivi contenuti. Eventuali rettifiche sono autorizzate dal Presidente e comunicate all'Organismo di vigilanza. L'autorizzazione e il motivo della rettifica, con firma e data, sono scritti in calce al documento rettificato. I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

i) Protocollo per l'accesso a portali di enti e amministrazioni pubbliche, assegnazione e gestione credenziali.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore amministrativo, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Ufficio Rendicontazioni, Ufficio tecnico, Amministratore di sistema, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza, Responsabili medici d'unità operativa, Medici e specialisti, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Psicologo, Assistente sociale.

La Fondazione trasmette la documentazione rilevante a enti e amministrazioni pubbliche, mediante accesso diretto ai Sistemi informativi della Pubblica Amministrazione.

A tale scopo la Fondazione è stata dotata di credenziali per l'accesso a tali sistemi, consistenti in username e password personali. Queste credenziali sono sempre diverse per ogni persona fisica con accesso ai sistemi.

Per garantire un utilizzo adeguato, gli addetti devono rispettare i seguenti principi:

- le credenziali vengono assegnate esclusivamente a soggetti individuati dal Presidente;
- i titolari devono tenere le proprie credenziali in luogo non accessibile ad altri e non possono mai essere comunicate ad altri, colleghi compresi;
- nella stesura dei documenti informatici, l'operatore rispetta i sopra riportati protocolli f), g) e h).

È vietato alterare, modificare, cancellare o distruggere qualsivoglia informazione inserita o acquisita nel sistema informatico.

Al termine dell'inserimento dati, l'operatore ne fa una stampa, indicando data e l'ora di accesso al sistema. Le stampe sono conservate e archiviate presso l'Ufficio di appartenenza dell'operatore.

Qualora la Fondazione riceva dall'A.S.L. o da altra amministrazione pubblica contestazioni sulla veridicità delle informazioni inserite nei sistemi informatici, l'Ufficio addetto informa

il Presidente e l'Organismo di vigilanza.

Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario eseguono annualmente, per le parti di rispettiva competenza, una verifica a campione dei dati inseriti, accertando la regolare conservazione di stampe e documenti giustificativi. L'esito dei controlli sono annotati, datati e firmati in calce ad ogni documento verificato. Eventuali anomalie sono comunicate all'Organismo di vigilanza.

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

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

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

Si richiama, in riferimento specifico alla possibile commissione di tutti i reati suindicati, quanto previsto nel precedente "protocollo per l'accesso a portali di enti e amministrazioni pubbliche, assegnazione e gestione credenziali".

j) Protocollo per gestione e modalità d'utilizzo sistemi informatici.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore amministrativo, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Ufficio Rendicontazioni, Ufficio tecnico, Amministratore di sistema, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza, Responsabili medici d'unità operativa, Medici e specialisti, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Psicologo, Assistente sociale, Animazione.

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

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

I soggetti autorizzati, sono il Direttore amministrativo, il personale degli Uffici, il Responsabile generale servizi infermieristici, il Direttore sanitario, i responsabili medici e infermieri di reparto, gli infermieri, gli educatori e i fisioterapisti. Essi utilizzano gli strumenti informatici quali "utenti interni", nell'ambito ad esempio della gestione dei processi di amministrazione, contabilità, controllo di gestione, compilazione Pai, gestione cartelle cliniche, secondo profili di accesso diversi per mansione, compiti e responsabilità.

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

La gestione dei sistemi informatici è affidata all'Amministratore di sistema, nominato dal Consiglio d'amministrazione.

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

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

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

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

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

Ogni variazione apportata ai profili personali di accesso dei soggetti autorizzati, nonché

l'esclusione dal sistema informativo sono comunicate per iscritto all'Amministratore di sistema dal Presidente o dal Direttore sanitario.

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

Ogni accesso e operazione eseguita sul sistema informatico deve essere rintracciabile. Giornalmente ha luogo un back up, con salvataggio e registrazione di ogni informazione inserita, cancellata e/o modificata nel sistema informatico. L'Ufficio tecnico verifica che i back up si siano regolarmente conclusi.

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

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

Non si devono in particolare adottare comportamenti a rischio di reato e non conformi alle suddette norme, nell'ambito delle attività svolte a supporto dei principali processi aziendali, nonché, nell'utilizzo degli strumenti informatici che consentono l'accesso ai siti e di pubblica utilità, quando l'utilizzo illecito o non conforme di tali strumenti può provocare il danneggiamento d'informazioni pubblicate, procurando un profitto ovvero un vantaggio competitivo o d'immagine alla Fondazione.

E' vietato:

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

L'utilizzo della posta elettronica certificata è affidato agli Uffici amministrativi, che detengono username e password.

L'invio di comunicazioni e allegati per mezzo di posta elettronica certificata può avvenire esclusivamente previa autorizzazione del Presidente, che firma la copia cartacea della comunicazione e degli allegati da inviare.

Gli Uffici amministrativi archiviano tali documenti, nonché i rapportini d'invio e ricezione.

L'Amministratore di sistema, nel mese di marzo di ogni anno, consegna una relazione ove descrive le misure di sicurezza adottate, la sintesi dei controlli effettuati a fronte di eccezio-

ni/anomalie rilevate e le proposte migliorative. Il documento viene esaminato dal Consiglio d'amministrazione e inviato all'Organismo di vigilanza.

k) Protocollo per la tenuta del sito internet della Fondazione.

Figure coinvolte: Presidente, Ufficio tecnico, Amministratore di sistema

La Fondazione dispone di un proprio sito internet www.piacasa.it per dare informazioni all'utenza e le pratiche gestibili on line.

L'accesso manutentivo al sito internet avviene tramite username e password in mano all'Ufficio tecnico e all'Amministratore di sistema, non comunicabili ad altri.

Ogni accesso e operazione eseguita deve essere rintracciabile grazie a backup, eseguito dall'Amministratore di sistema, di ogni informazione inserita, cancellata e/o modificata.

L'Amministratore di sistema conservare l'esito dei back up eseguiti e comunica all'Ufficio tecnico il verificarsi di anomalie.

Le informazioni da pubblicare sul sito internet sono preventivamente autorizzate dal Presidente. il quale firma e data il supporto cartaceo con l'esatta riproduzione delle informazioni autorizzate. Il Presidente autorizza allo stesso modo ogni modifica e dispone la cancellazione delle informazioni medesime.

Gli atti recanti le suddette disposizioni del Presidente sono archiviate dall'Ufficio tecnico.

L'Amministratore di Sistema, nel mese di marzo di ogni anno deve consegnare una relazione, ove descrive le misure di sicurezza adottate, la sintesi dei controlli effettuati a fronte di eccezioni/anomalie rilevate sulla gestione del sito internet e le proposte migliorative.

SEZIONE III - "REATI PRESUPPOSTO" EX ARTT. 24-TER E 25-DUODECIES

D.LGS. 231/01

- **art. 416 codice penale - Associazione per delinquere**
- **art. 416 bis codice penale - Associazione di tipo mafioso**
- **art. 416 ter codice penale - Scambio elettorale di tipo mafioso**
- **art. 74 dpr 309/90 - Associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope**
- **art. 25 duodecies d.lgs. 231/01 - Impiego di lavoratori stranieri privi di permesso soggiorno**

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo

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

1) Protocollo per la selezione, l’assunzione e la definizione del trattamento economico e la gestione del personale.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Ufficio personale, Responsabile generale servizi infermieristici, Selettori nominati dal presidente.

L’esigenza di assumere un lavoratore dipendente o di affidare un incarico a collaboratore coordinato o a progetto è segnalata dai responsabili interni al Presidente con nota scritta e motivata. In caso di collaboratore coordinato o a progetto, la nota specifica le modalità esplicative che esigono l’instaurazione di un rapporto di natura autonoma e non subordinata.

Il procedimento si articola, per tutte le figure professionali, nelle seguenti tre fasi:

- acquisizione delle candidature, con curriculum;
- selezione;
- firma del contratto.

L’acquisizione delle candidature avviene su domanda degli aspiranti o richiesta di nominativi presso istituti scolastici in materia socio-sanitaria o infermieristica o dell’ambito in cui vengono formate le competenze richieste per il potenziale nuovo operatore. Sono inoltre acquisiti i curriculum dei soggetti che hanno svolto periodi di tirocinio o stage presso la Fondazione.

Nelle richieste d’assunzione, i lavoratori indicano l’eventuale acquisizione della formazione base acquisita in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e degli intervenuti successivi aggiornamenti.

Le lettere di candidatura con curriculum sono catalogate e trattenute dall’Ufficio personale.

La selezione consiste in colloqui con alcuni dei candidati disponibili, effettuato dal Presidente o dai soggetti a tale scopo designati.

Il selettore indica in una relazione i soggetti esaminati, le operazioni svolte e le valutazioni finali, idoneamente motivate.

Gli atti inerenti alla selezione sono archiviati presso l’Ufficio personale e rimangono a disposizione dei consiglieri e dell’Organismo di vigilanza.

Le assunzioni e gli incarichi sono deliberati dal Consiglio d'amministrazione, che stabilisce il trattamento economico complessivo.

Per i rapporti di lavoro subordinato si applicano i contratti collettivi adottati dalla Fondazione secondo delibera del Consiglio d'amministrazione.

L'istruttoria, compresa la predisposizione dei contratti, è curata dall'Ufficio personale. Prima della firma del contratto, questo Ufficio chiede al lavoratore tutta la documentazione necessaria, compresi il titolo di studio e/o attestato d'iscrizione all'albo-collegio-ordine, abilitanti alla professione.

Il Presidente firma il contratto individuale di lavoro o l'incarico.

L'Ufficio personale, al momento della firma del contratto individuale di lavoro o dell'incarico, consegna la seguente documentazione al lavoratore, che firma per ricevuta:

- piani di lavoro di competenza;
- documento esplicativo dei Dispositivi di Sicurezza da utilizzare;
- Codice etico.

Sono vietati i comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento dei profili professionali;
- favoriscano soggetti in maniera indebita, ossia per valutazioni estranee all'aspetto professionale e/o attitudinale; la preselezione basata sul criterio della residenza è ammessa solo in presenza di un elevato numero di candidati;
- operino discriminazioni di genere, età, origine razziale, 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 e le responsabilità e/o i compiti assegnati;
- permettano condizioni di lavoro non rispettose della dignità personale e delle pari opportunità e un ambiente di lavoro non adeguato, in violazione delle disposizioni legislative in materia di lavoro e della normativa fiscale, previdenziale e 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 della Fondazione;
- prevedano che lo stipendio dei dipendenti contempli compensi ad personam, in qualsiasi forma, incentivi commisurati al risultato finanziario dell'impresa, se non debitamente auto-

rizzati dal Consiglio d'amministrazione.

L'Ufficio personale comunica all'Organismo di vigilanza i dipendenti titolari di trattamenti economici superiori o inferiori a quanto stabilito dalla contrattazione collettiva.

L'Organismo di vigilanza ha accesso a tutti gli atti inerenti alle procedure di reclutamento, ai contratti, ai fascicoli personali, con esclusione degli atti contenuti "dati sensibili" secondo la normativa sulla privacy.

Lavoratori stranieri

Prima della firma del contratto con lavoratori stranieri, l'Ufficio personale chiede all'interessato copia del permesso di soggiorno, verificando la scadenza e la regolarità.

Lo stesso Ufficio tiene aggiornato uno specifico elenco con le scadenze dei permessi di soggiorno di tutti i lavoratori stranieri, da verificare periodicamente.

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

L'Ufficio personale segnala in tempo reale ogni problema o irregolarità al Presidente. Ne sarà informato il Consiglio d'amministrazione e l'Organismo di vigilanza.

m) Protocollo per la gestione delle liste d'attesa.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza, Responsabili medici d'unità operativa, Coordinatori infermieristici d'unità operativa.

La Fondazione gestisce gli accessi ai vari servizi tramite liste d'attesa tenute da:

- per Residenza sanitario assistenziale per anziani e Centro diurno integrato per anziani: Ufficio accoglienza, secondo i rispettivi regolamenti interni approvati dal Consiglio d'amministrazione;
- per Hospice, Riabilitazione generale e geriatrica (R.G.G.), Riabilitazione di mantenimento, Comunità psichiatriche, Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.): Coordinatore infermieristico dell'unità operativa, in base a specifici protocolli predisposti dal Direttore sanitario;
- per Servizio fisioterapia utenti esterni: Responsabile del Servizio fisioterapia, secondo specifico protocollo predisposto dal Direttore sanitario;
- per Unità di valutazione Alzheimer (U.V.A.): Ufficio accoglienza, secondo specifico protocollo predisposto dal Direttore sanitario.

I protocolli del Direttore sanitario si ispirano ai seguenti principi:

- le domande sono accompagnate da una valutazione medica della situazione sanitaria e delle esigenze sanitarie assistenziali del soggetto richiedente, con assegnazione di un punteggio (tranne che per l'U.V.A.);
- la lista d'attesa indica ai posti più elevati i soggetti con un punteggio maggiore e successivamente in graduatoria vengono inseriti i soggetti con punteggi inferiori.

Sono vietati i comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento delle informazioni relative a ciascun richiedente;
- favoriscano soggetti in maniera indebita, ossia per valutazioni estranee al bisogno sanitario e/o assistenziale del richiedente; le precedenze o preferenze basate sulla residenza del richiedente sono ammesse nei soli casi previsti dai regolamenti interni approvati dal Consiglio o dalla normativa regionale, ferma restando in ogni caso la precedenza per i possessori di tessera sanitaria lombarda;
- operino discriminazioni per origine razziale, etnica, opinioni politiche, credenze religiose, stato di salute, orientamento sessuale, condizioni economico-sociali, ferma restando la facoltà di accertare la reale capacità dell'utente di versare la quota a suo carico e, in caso di indigenza, l'intervento integrativo dell'ente pubblico competente (Comune ecc.).

Quando libero un posto in unità operativa, il soggetto preposto alla lista d'attesa sottopone il primo nominativo in graduatoria al Responsabile medico dell'unità medesima il quale, accertata la permanenza dei fattori che determinarono il punteggio attribuito, richiede al Direttore sanitario l'autorizzazione all'ingresso.

Il Direttore sanitario comunica al Presidente e all'Organismo di vigilanza ogni problematica insorta in ordine alla gestione di liste d'attesa e ingressi.

n) Protocollo per la gestione dei farmaci.

Figure coinvolte: Presidente, Ufficio tecnico, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Responsabili medici d'unità operativa, Medici e specialisti, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Infermieri, Addetti alla farmacia.

La Fondazione dispone di un servizio gestione farmaci centralizzato, affidato al Direttore sanitario, coadiuvato da personale da lui individuato fra medici o infermieri in servizio. Il magazzino o manutentore svolge le sole operazioni di trasporto e stoccaggio.

Il locale di deposito dei farmaci deve essere sempre chiuso a chiave. L'ingresso è riservato

alle sole persone individuate dal Direttore sanitario.

Il Direttore sanitario comunica periodicamente per iscritto l'elenco dei farmaci occorrenti all'Ufficio tecnico, che procede alle indagini di mercato e invia gli ordini secondo le modalità valide per le altre forniture.

Il solo Ufficio tecnico e il personale addetto alla gestione dei farmaci provvede ad accettare i farmaci al momento della consegna da parte del fornitore, nonché al relativo immagazzinamento.

I farmaci sono registrati in entrata e in uscita dal personale addetto, con specifico programma informatico.

I farmaci considerati stupefacenti ai sensi del dpr 309/90 sono annotati in apposito registro, con fogli vidimati dal Presidente, tenuto sotto chiave unitamente alle sostanze stupefacenti.

E' vietato distruggere o manomettere il registro. I fogli annullati devono rimanere integri. Ogni correzione, consentita al solo Direttore sanitario previa autorizzazione del Presidente, viene datata e apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

Ogni due settimane l'addetto alla Farmacia verifica regolarità e adeguatezza delle attività di stoccaggio, conservazione, scadenze dei farmaci. Verifica altresì la regolare tenuta dei registri e la presenza fisica dei farmaci indicati nel registro.

Le verifiche eseguite sono documentate in apposito report. Ogni anomalia va segnalata in tempo reale al Direttore sanitario.

Nelle singole unità operative, i farmaci sono conservati in apposito armadio, costantemente chiuso a chiave, all'interno dell'infermeria con idonea temperatura. La quantità massima di farmaci in reparto è prestabilita dal Direttore sanitario con specifico protocollo.

Il Responsabile medico e il Coordinatore infermieristico dell'unità operativa dispongono di una propria copia della chiave dell'armadio. Una terza copia è in mano all'infermiere di turno, che la gira a quello del turno successivo al momento di passare le consegne. La chiave non deve restare incustodita.

Il Coordinatore infermieristico dell'unità operativa è responsabile della corretta tenuta dei farmaci, compreso lo scarto dei farmaci scaduti.

Ogni anno il Direttore sanitario esegue un controllo a campione sull'attività di stoccaggio, conservazione, tenuta delle scadenze dei farmaci. Verifica altresì la regolare tenuta dei registri e la presenza fisica dei farmaci indicati nel registro. Il Direttore sanitario segnala al Presidente ogni problematica, anomalia o ammanco nella gestione dei farmaci. Il Presidente comunica la

problematica all'Organismo di vigilanza, qualora abbia implicazioni in tema di "reati presupposto".

Per quanto attiene al Centro diurno integrato e alle Comunità psichiatriche, la somministrazione dei farmaci agli utenti avviene anche in base alle prescrizioni del medico di medicina generale del singolo utente, previa verifica del Responsabile medico dell'unità operativa. In questo caso, i farmaci da somministrare non sono acquistati direttamente dalla Fondazione ma consegnati periodicamente da utente o familiari, unitamente alla prescrizione medica.

L'operatore del Centro diurno integrato o Comunità psichiatriche che riceve i farmaci e la prescrizione medica relativa annota la consegna su apposito registro, composto da fogli numerati, indicando data di consegna, utente, tipologia di farmaco e siglando l'annotazione. Sulla scatola del farmaco consegnato è indicato, in modo chiaro e non modificabile, nome e cognome dell'utente. Lo stoccaggio e la conservazione dei farmaci consegnati sono curati dal Coordinatore infermieristico dell'unità operativa.

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

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

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

o) Protocollo per la gestione dei rapporti con A.S.L, Regione, soggetti pubblici in generale, autorità di vigilanza e ispezioni.

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

La Fondazione ha rapporti assidui e continuativi con l'A.S.L, Regione, soggetti pubblici in generale e autorità di vigilanza.

Il Presidente e il Direttore sanitario intrattengono i rapporti con i funzionari dell'A.S.L, con le autorità e i funzionari comunali, provinciali e di ogni altra amministrazione o ente pubblico.

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

È vietato offrire, promettere o consegnare denaro, doni o altra utilità, anche per interposta persona, a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, anche delle Comunità europee, d'ogni qualifica o livello, ai loro coniugi, ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle o ad altre persone indicate.

Alle visite ispettive o di vigilanza condotte dall'A.S.L, dal Nucleo antisofisticazioni (Nas) o da altre pubbliche amministrazioni partecipano:

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

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

p) Protocollo per la selezione, l'affidamento e la gestione dei fornitori.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Consiglieri delegati, Direttore amministrativo, Revisore dei conti, Ufficio contabilità, Ufficio tecnico, Direttore sanitario, Addetti alla ricezione e controllo merci / servizi.

L'Ufficio tecnico, in base alle segnalazioni scritte provenienti dalle figure responsabili, preposte o comunque autorizzate, verifica le complessive esigenze di acquisto di beni e servizi.

L'Ufficio tecnico svolge l'istruttoria per individuare il fornitore, tra quelli già accreditati presso la Fondazione e inseriti in apposito elenco.

Per l'accreditamento, l'Ufficio tecnico chiede al potenziale fornitore ogni informazione riguardo alla propria organizzazione, alla qualità di beni e servizi disponibili, alle tempistiche di consegna beni o erogazione servizi, ai prezzi.

In caso di nuovo fornitore o di prestazioni per le quali non sia disponibile il prezzo, l'Ufficio tecnico raccoglie almeno tre preventivi. Per le forniture continuative di beni o servizi, si esegue un confronto dei prezzi a cadenza almeno biennale.

L'Ufficio tecnico sottopone i preventivi al Presidente o, se nominato, al Consigliere con delega consiliare.

Se le prestazioni rientrano nella propria competenza, il Presidente o Consigliere con delega firmano l'ordine o contratto, altrimenti propongono al Consiglio d'amministrazione di deliberare.

Il Consigliere con delega, se esiste, o il Direttore amministrativo comunicano le delibere consiliari all'Ufficio tecnico, che definisce l'accordo con il fornitore e redige l'ordine d'acquisto o il contratto, firmati dal Presidente.

Copia dell'ordine è trasmessa all'operatore addetto a ricevere la merce e/o a curare l'esecuzione del servizio.

I beni forniti sono ricevuti dall'operatore addetto, che verifica la rispondenza qualitativa e quantitativa, tramite raffronto della bolla di consegna con l'ordine a monte.

In caso di fornitura di servizio, si individua un operatore di riferimento, dotato d'idonee competenze tecnico-professionali, con il compito di sovrintendere al servizio e verificare la rispondenza qualitativa e quantitativa.

L'operatore addetto a ricevere la merce e/o a curare l'esecuzione del servizio firma la bolla di consegna o il rapportino di esecuzione del servizio. Egli porrà in evidenza per iscritto in maniera esauriente ogni irregolarità riscontrata.

L'operatore addetto consegna in tempo reale la suddetta documentazione all'Ufficio tecnico che, comunica sollecitamente le irregolarità riscontrate a chi sottoscrive l'ordine o il contratto. Quest'ultimo dispone i provvedimenti sanzionatori (penali, risoluzione del contratto, respingimento della merce ecc.), in conformità agli accordi contrattuali e alle norme vigenti.

In ogni caso, chi sottoscrive il contratto o l'ordine segnala le difformità rilevanti e/o ripetute al Presidente, che informa eventualmente il Consiglio d'amministrazione e l'Organismo di vigilanza.

L'Ufficio tecnico, verificata a sua volta la rispondenza tra ordine, bolla e fattura, appone

una sigla e, se tutto regolare, consegna la documentazione all'Ufficio contabilità, che predispone l'ordine di pagamento, quindi firmato dal Presidente.

L'Ufficio tecnico e l'Ufficio contabilità comunicano in modo sollecito ogni fatto o circostanza che lasci presagire il superamento delle previsioni di spesa.

Quando la prestazione è stata oggetto di delibera del Consiglio d'amministrazione e, al contempo, il corrispettivo non è stato predeterminato oppure ha superato la previsione, la fattura viene prima liquidata dal Consiglio d'amministrazione.

Nella selezione del fornitore e nella gestione del rapporto con lo stesso è vietato porre in essere comportamenti che:

- consentano di non espletare un'adeguata attività selettiva fra i diversi offerenti e un'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 stipulare contratti, firmare ordinativi e approvare 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 nell'ordine o contratto;
- consentano pagamenti senza adeguata giustificazione in relazione alla fornitura effettivamente espletata;
- non consentano di liquidare gli importi dovuti in modo trasparente, documentabile e ricostruibile, nonché di verificare la corrispondenza fra il beneficiario del pagamento e il fornitore.

L'Ufficio tecnico comunica all'Organismo di vigilanza gli acquisti e le forniture effettuate in deroga al presente protocollo, dandone motivazione.

L'Organismo di vigilanza ha accesso a tutte le pratiche inerenti all'acquisto beni e servizi.

q) Protocollo per la selezione, l'affidamento e la gestione degli incarichi professionali.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore amministrativo, Revisore dei conti, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Ufficio tecnico, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici.

L'esigenza di affidare un incarico libero professionale è segnalata dai responsabili interni al Presidente con nota scritta, recante motivazione e modalità esplicative tali da esigere un rapporto di natura autonoma e non subordinata.

Il procedimento si articola di norma nelle seguenti fasi:

- acquisizione delle candidature, con curriculum;
- selezione;
- firma del contratto.

L'acquisizione delle candidature avviene su domanda degli aspiranti o richiesta di nominativi presso gli eventuali ordini-collegi-albi professionali. Sono inoltre acquisiti i curriculum dei soggetti che hanno svolto periodi di tirocinio presso la struttura.

Nelle domande, i professionisti indicano, se del caso l'eventuale acquisizione della formazione base acquisita in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e degli intervenuti successivi aggiornamenti.

Le lettere di candidatura con curriculum sono catalogate e conservate dall'Ufficio personale.

La selezione consiste in un colloquio con alcuni dei candidati disponibili, effettuato dal Presidente o dai soggetti a tale scopo designati.

Il selettore indica in una relazione i soggetti esaminati, le operazioni svolte e le valutazioni finali, idoneamente motivate.

Gli atti inerenti alla selezione sono archiviati presso l'Ufficio contabilità e rimangono a disposizione dei Consiglieri e dell'Organismo di vigilanza.

Qualora si tratti d'incarichi di natura tecnica per progetti e simili, il procedimento di scelta avviene all'interno del Consiglio d'amministrazione, che valuta i nominativi proposti dal Presidente e dai consiglieri. La documentazione è archiviata presso l'Ufficio tecnico e rimane a disposizione dell'Organismo di vigilanza.

Gli incarichi libero professionali sono deliberati dal Consiglio d'amministrazione, che stabilisce il corrispettivo dovuto.

L'istruttoria, compresa la predisposizione di contratti, disciplinari e incarichi, è curata dall'Ufficio tecnico, se trattasi d'incarichi di natura tecnica, oppure dall'Ufficio contabilità. Prima della firma del contratto, detti Uffici acquisiscono la documentazione prescritta, compresa copia di adeguata polizza di responsabilità civile verso terzi per l'attività professionale svolta, il titolo di studio e/o iscrizione ad albi, ordini o collegi, abilitanti alla professione.

Nel disciplinare d'incarico è inserita una clausola con la quale il professionista dichiara, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi in essere, il rispetto della normativa in materia di turni lavorativi e riposi minimi.

Il Presidente firma l'incarico, contratto o disciplinare con il professionista.

Il controllo generale sull'attività dei libero professionisti è esercitata dall'Ufficio tecnico, se trattasi di prestazione di natura tecnica, ovvero dal Presidente, Direttore amministrativo o Direttore sanitario, Ufficio contabilità, secondo le circostanze. Il nominativo del referente, addetto al controllo delle prestazioni, è indicato sulla lettera o contratto d'incarico.

L'Ufficio tecnico e l'Ufficio contabilità, negli ambiti di rispettiva competenza, controllano i documenti di spesa (fatture ecc.), che firmano in segno di regolarità. Gli Uffici stessi segnalano in tempo reale ogni fatto o circostanza che lasci presagire il superamento della previsione di spesa.

Il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario, l'Ufficio tecnico, l'Ufficio contabilità e ogni altro operatore preposto al controllo sulle prestazioni libero professionali, comunicano sollecitamente le irregolarità riscontrate a chi sottoscrisse il contratto o la lettera d'incarico. Quest'ultimo dispone i provvedimenti sanzionatori (penali, risoluzione del contratto ecc.), in conformità agli accordi contrattuali e alle norme vigenti.

In ogni caso, chi sottoscrisse il contratto o la lettera d'incarico segnala le difformità rilevanti e/o ripetute al Presidente, che informa eventualmente il Consiglio d'amministrazione e l'Organismo di vigilanza.

Verificata la regolarità di prestazioni e documenti di spesa, l'Ufficio contabilità redige l'ordine di pagamento, firmato dal Presidente. Quando il corrispettivo delle prestazioni non è stato predeterminato oppure supera la previsione, la fattura è prima liquidata dal Consiglio d'amministrazione.

Sono vietati comportamenti che:

- non espletino un'adeguata attività selettiva fra i diversi offerenti e un'obiettiva comparazione delle offerte;
- privilegino professionisti segnalati o graditi a soggetti pubblici, in assenza dei criteri tecnico-economici per la selezione dei potenziali candidati;
- consentano a soggetti non autorizzati di stipulare contratti, firmare lettere d'incarico e approvare relative varianti/integrazioni;
- consentano l'emissione di fatture a fronte di prestazioni professionali in tutto o in parte

inesistenti o la creazione di fondi patrimoniali a fronte di prestazioni professionali contrattualizzate a prezzi non congrui o non corrispondenti a quanto pattuito in sede di definizione contrattuale;

- consentano pagamenti non pienamente giustificati dalle prestazioni effettivamente rese;
- non consentano di liquidare gli importi dovuti in modo trasparente, documentabile e ricostruibile, nonché di verificare la corrispondenza fra beneficiario del pagamento e professionista.

Il Presidente comunica all'Organismo di vigilanza gli incarichi affidati in deroga al presente protocollo, dandone motivazione.

L'Organismo di vigilanza ha accesso a ogni pratica inerente agli incarichi libero professionali.

Professionisti stranieri

Prima della firma del contratto, l'Ufficio contabilità e l'Ufficio tecnico segnalano all'Ufficio personale gli incarichi a professionisti stranieri e attendono che quest'ultimo Ufficio abbia chiesto e acquisito dal professionista copia del permesso di soggiorno, con scadenza in regola.

L'Ufficio personale tiene aggiornato uno specifico elenco con le scadenze dei permessi di soggiorno di tutti i lavoratori stranieri, da verificare periodicamente.

Il Professionista fornisce tempestivamente il rinnovo del permesso o comunque la ricevuta rilasciata dalla Questura e/o Prefettura attestante l'invio della richiesta di rinnovo.

L'Ufficio personale segnala in tempo reale ogni problema o irregolarità al Presidente. Ne sarà informato il Consiglio d'amministrazione e l'Organismo di vigilanza.

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

- ***art. 453 codice penale - Spendita di monete falsificate, previo concerto***
- ***art. 454 codice penale - Alterazione monete***
- ***art. 455 codice penale - Detenzione, spendita di monete false senza concerto***
- ***art. 457 codice penale - Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede***

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesposto pa-

ragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di “reato presupposto”.

r) Protocollo per la gestione della cassa.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Revisore dei conti, Ufficio contabilità, Cassieri (Ufficio accoglienza e Coordinatore infermieristico Comunità psichiatriche).

La Fondazione è dotata di una cassa interna gestita dall'Ufficio accoglienza, che provvede a riscossioni e pagamenti di modica entità.

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

Il Presidente determina la somma contante massima che può essere trattenuta dalla Cassa. All'approssimarsi di tale soglia, il Cassiere versa le somme esuberanti sul conto corrente aziendale.

Le registrazioni di cassa sono effettuate, giorno per giorno, direttamente nel programma informatico della contabilità ordinaria della Fondazione.

L'Ufficio accoglienza accerta sempre l'identità dei soggetti che pagano o riscuotono contanti. Per le somme superiori a 100 euro acquisisce fotocopia di carta d'identità e codice fiscale. Qualora il creditore sia una persona giuridica, accerta che il soggetto percipiente sia autorizzato a riscuotere per conto della stessa.

Ogni spesa dev'essere supportata da idonea pezza giustificativa. Il Cassiere esige dai creditori data e firma di quietanza, da apporre sulla pezza giustificativa. Rilascia ai debitori paganti una ricevuta dell'avvenuta riscossione, staccata da bollettari a madre e figlia, preventivamente numerati e vidimati dall'Ufficio contabilità, che annota su registro vidimato dal Presidente i bollettari consegnati alla Cassa.

Le pezze giustificative, le quietanze e i bollettari sono mensilmente consegnati all'Ufficio contabilità, che li archivia.

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

Il Cassiere deve:

- verificare la genuinità del denaro consegnatogli;
- non accettare pagamenti in contanti superiori a €.999,99;

- non accettare pagamenti in contanti da soggetti non identificati e non conosciuti dalla Fondazione;
- qualora verifichi la consegna di denaro, assegni ecc, falsi o contraffatti, farne consegna con relazione esplicativa al Presidente, che ne dà immediata comunicazione all'autorità di pubblica sicurezza e all'Organismo di vigilanza.

Per i pagamenti disposti tramite il fondo spese delle Comunità psichiatriche, il Consiglio d'amministrazione approva uno specifico regolamento, qui allegato.

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

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

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

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

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

s) Protocollo per la formazione e l'approvazione del bilancio.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Revisore dei conti, Ufficio contabilità.

Per consentire che la regolare formazione e approvazione del bilancio di esercizio della

Fondazione, l'Ufficio contabilità deve essere a conoscenza, anche tramite consulenti esterni, delle norme, dei principi contabili sulla definizione delle poste di bilancio e delle modalità operative di contabilizzazione.

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

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

E' vietato:

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

I dati e documenti richiesti, in base alle vigenti norme, dagli organismi pubblici competenti sono forniti in modo completo, accurato e tempestivo e veritiero. Non si devono occultare informazioni rilevanti sulle condizioni economiche, patrimoniali o finanziarie della Fondazione;

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

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

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

E' vietato modificare, cancellare, distruggere o manomettere il Bilancio e i registri contabili. Ogni correzione è preventivamente autorizzata dal Presidente e dal Revisore dei conti. La

correzione, datata e sottoscritta dal Presidente, è apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

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

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

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

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

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

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

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

- *art. 600 codice penale - Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù*
- *art. 600 quater e 600 quater 1 codice penale - Detenzione materiale pornografico e pornografia virtuale*

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

tre fattispecie di “reato presupposto”.

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Ufficio accoglienza, Responsabili medici d’unità operativa, Medici e specialisti, Coordinatori infermieristici d’unità operativa, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Assistente sociale, Psicologo.

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

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

In particolare va garantito all’utente:

- di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà;
- di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti;
- di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nell’ambiente di appartenenza;
- di essere accudito e curato nell’ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa;
- di avere una vita di relazione;
- di essere messo in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività;
- di essere salvaguardato da ogni forma di violenza fisica e/o morale, di essere messo in

condizione di godere e conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia e autosufficienza;

- di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.

E' vietato:

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

Il Direttore sanitario dispone ogni sei mesi l'effettuazione di interviste informative a campione verso gli utenti delle diverse unità operative, per verificare la qualità del servizio reso e dell'assistenza, anche attraverso la compilazione in forma anonima di questionari.

L'esito di tali verifiche è riportato in una relazione inviata al Presidente.

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

- *art. 589 codice penale - Omicidio colposo*
- *art. 590, comma 3, codice penale - Lesioni personali gravi*

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

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

u) Protocollo per l'attuazione degli obblighi relativi alla tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Medico competente, Responsabile generale servizi infermieristici, Preposti, Rap-

presentanti dei lavoratori per la sicurezza, Addetti squadra antincendio, Addetti al primo soccorso, Consulenti esterni.

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

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

Individuazione, analisi e valutazione dei fattori di rischio

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

- Responsabile servizio prevenzione e protezione aziendale
- Medico competente
- Preposti
- Addetti alle lavorazioni rischiose
- Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il Datore di lavoro:

- acquisisce la documentazione autorizzativa riguardante lo svolgimento dell'attività aziendale;
- verifica gli impianti, le macchine, le attrezzature e gli strumenti di lavoro utilizzati, acquisendo tutta la documentazione tecnica di pertinenza;
- verifica gli standard tecnico strutturali di legge relativi alle attrezzature, agli impianti, agli ambienti di lavoro;
- verifica materiali e sostanze chimiche, biologiche e, comunque, tutte quelle utilizzate nei processi aziendali, con relative analisi e documentazione di pertinenza, nonché schede di prodotto;
- analizza i processi di lavoro e le relative fasi previste per lo svolgimento delle attività specifiche;
- articola le funzioni per competenza;

- individua le mansioni svolte in ciascun processo di lavoro;
- valuta lo stress-lavoro correlato;
- verifica le attività e modalità d'intervento di soggetti esterni all'organizzazione aziendale che direttamente o indirettamente intervengono a vario titolo nei processi, fasi o ambienti di lavoro;
- verifica i contratti di appalto, d'opera, di somministrazione, altri atti o documenti per l'instaurazione del rapporto di prestazioni anche professionali, al fine di analizzare i rischi di "reato presupposto" eventualmente causati o subiti da tali soggetti negli ambiti di lavoro;
- analizza gli infortuni verificatisi negli anni precedenti;
- verifica eventuali ispezioni, accertamenti, contestazioni, prescrizioni date, per evitare gli eventi riferiti;
- verifica la regolare diffusione delle informazioni in materia di sicurezza sul lavoro dirette ai soggetti della struttura, dipendenti, collaboratori a vario titolo;
- verifica la documentazione sullo svolgimento del programma di formazione del personale.

Misure di prevenzione e protezione

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

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

- relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la salute e per la sicurezza nell'attività lavorativa;
- indicazione delle misure di prevenzione e protezione adottate;
- indicazione dei dispositivi di protezione individuale adottati;
- indicazione dei dispositivi di protezione collettiva;
- programma delle misure necessarie per garantire un miglioramento dei livelli di sicurezza;
- individuazione delle procedure da adottare con indicazioni di ruoli e soggetti dell'organizzazione che vi debbono provvedere, scelti fra operatori dotati d'idonea compe-

tenza e potere;

- indicazione nominativi di Datore di lavoro, Preposti, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Addetti alle squadre di emergenza, Addetti al primo soccorso, con allegate le deleghe scritte conferite;
- individuazione di eventuali mansioni a rischio che richiedano competenze professionali, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

Il Datore di lavoro sottoscrive e munisce il Documento di valutazione rischi di data certa anche mediante sistemi informativi.

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

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

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

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Medico competente, Responsabile generale servizi infermieristici, Preposti, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

L'Ufficio personale e l'Ufficio contabilità avvisano con congruo anticipo il Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale di ogni assunzione di lavoratore dipendente o collaboratore continuativo. Tale Responsabile verifica che, prima di iniziare l'attività lavorativa,

ogni nuovo operatore abbia compiuto il “percorso formativo” generale e specifico in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, obbligatorio per tutti gli operatori. Per le attività soggette a sorveglianza sanitaria, verifica inoltre che i nuovi operatori abbiano superato la visita d’idoneità presso il medico competente. Lo stesso Responsabile verifica e attesta, mediante dichiarazione scritta la sussistenza di deroghe, secondo la vigente normativa, agli obblighi suddetti e alla relativa tempistica. La documentazione sull’avvenuta formazione, il certificato medico d’idoneità e ogni altra dichiarazione in merito è conservata dall’Ufficio personale o dall’Ufficio contabilità nel fascicolo personale dell’operatore.

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

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

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

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

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente e suoi delegati, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Responsabile generale servizi infermieristici, Responsabili medici di unità operativa, Preposti, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

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

L’esercizio della vigilanza consiste nel controllare l’adeguatezza delle modalità operative esercitate dagli addetti, nel rilevare e correggere gli errori riscontrati.

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

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

SEZIONE IX - “REATI PRESUPPOSTO” EX ART. 25 OCTIES D.LGS. 231/01

- **art. 648 codice penale - Ricettazione**
- **art. 648 bis codice penale - Riciclaggio**

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

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

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

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

- art. 377 bis codice penale - Induzione a rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria

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

x) Protocollo per la gestione del contenzioso

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

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

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

Il Presidente provvede a:

- tracciare le varie fasi operative, conservando gli atti e le fonti informative relative;

- archiviare e protocollare tutti i documenti aziendali ufficiali diretti (tramite legali esterni e periti di parte) ai giudici o ai membri del collegio arbitrale - compresi i Periti d'ufficio dagli stessi designati competenti a giudicare sul contenzioso/arbitrato di interesse della Fondazione;
- valutare la congruità formale dei flussi documentali e di esperibilità delle azioni funzionali al procedimento, con il supporto di un legale.

E vietato tenere comportamenti che:

- consentano, in sede di incontri formali e 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, durante le fasi del procedimento anche a mezzo di legali esterni e periti di parte, di ottenere il superamento di vincoli o criticità ai fini della tutela degli interessi della Fondazione;
- consentano, in sede di ispezioni/controlli/verifiche degli Organismi pubblici o periti d'ufficio, di influenzarne il giudizio/parere nell'interesse del Gruppo, anche a mezzo di legali esterni e Periti di parte;
- consentano, in sede di decisione del contenzioso/arbitrato, di influenzare indebitamente le decisioni dell'Organo giudicante, o le posizioni della Pubblica Amministrazione quando questa sia controparte del contenzioso, anche a mezzo di legali esterni e di Periti di parte.

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

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

- *parte IV d.lgs. 152/06 - Raccolta, trasporto, conservazione, smaltimento gestione ciclo rifiuti*
- *parte III d.lgs. 152/06 - Tutela delle acque*
- *parte V d.lgs. 152/06 - Tutela dell'aria*

La Fondazione, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo 1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suespresso pa-

ragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di “reato presupposto”.

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore amministrativo, Ufficio contabilità, Responsabile servizio prevenzione protezione aziendale, Ufficio tecnico, Manutentori, Responsabile generale servizi infermieristici, Coordinatori infermieristici d'unità operativa, Infermieri.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi sono eseguiti dall'Ufficio contabilità.

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

In occasione del ritiro rifiuti, l'Ufficio contabilità richiede e verifica che il trasportatore ri-

lasci una copia del formulario d'identificazione e che i rifiuti siano etichettati in maniera conforme.

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

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

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

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

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

Il presente modello è stato approvato dal Consiglio d'amministrazione con delibera n. 1 del 21 dicembre 2012 (Allegato n. 1)