24047 Treviglio (BG) – Piazzale Ospedale, 5 – Tel.0363/44063 – 41612 – Fax 0363/597454 – e-mail: segreteria@annisereni.net

REGOLAMENTO INTERNO

Protocolli di riferimento delle aree presidiate

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.

PROTOCOLLI DI PREVENZIONE

Linee generali di Condotta

Figure coinvolte: tutti i soggetti e le figure citate nel presente paragrafo e nei "protocolli specifici di prevenzione".

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

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

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

Ogni movimentazione di denaro e fondi da parte della Fondazione dovrà essere registrata

documentalmente, con specifica indicazione di autori e beneficiari.

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

Nei rapporti con i rappresentanti dell'Azienda di Tutela della Salute (ATS) 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 potrà intervenire.

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

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

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

Deleghe

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

- che risultino da atto scritto e datato;

- che il delegato possegga tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti dalla

specifica natura delle funzioni delegate;

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore Generale

1 - Iniziativa

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

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

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

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

2 - Attività preliminari alla delibera

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

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

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

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

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

3 - Forma e registrazione delle delibere

Nel corso delle adunanze il Direttore Amministrativo redige un verbale, recante data, elenco dei presenti, deliberazioni adottate ed esito delle votazioni. Pone in evidenza i voti contrari 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 CCIAA. 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.

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

5 - Controllo

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

6 - Tracciabilità

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

7 - Conservazione

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore Amministrativo

1 - Iniziativa

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

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

2 - Attività preliminari al provvedimento

Il Presidente verifica preliminarmente se il provvedimento da assumere rientra nelle

competenze proprie o a lui delegate. Qualora esuli dai propri poteri, convoca il Consiglio d'amministrazione.

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

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

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

3 - Provvedimenti

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

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

4 - Esecuzione del provvedimento

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

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

5 - Controllo

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

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

6 - Tracciabilità

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

7- Conservazione

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

1.0.2) Protocollo generale per la gestione delle risorse finanziarie.

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

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

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

Si devono rispettare le presenti misure di prevenzione generali, 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 di 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 ed in particolare:

- non vi deve essere identità fra chi assume o attua le decisioni di impiego delle risorse finanziarie, chi provvede a registrare l'operazione contabilmente e chi è addetto al controllo

finale;

- i poteri e le responsabilità di ciascun soggetto che effettua operazioni devono essere sempre chiaramente formalizzati e resi noti all'interno della Fondazione ed all'esterno, ove necessario (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 deve essere preventivamente autorizzata, coerente, documentata, motivata, registrata e verificabile;

- gli ordini di pagamento (bonifici ecc.) diretti alla banca della Fondazione sono sempre predisposti dall'Ufficio contabilità, sulla base di adeguata documentazione di supporto (regolari contratti, fatture controllate, disposizioni del Presidente a firma congiunta con il Direttore Amministrativo, ecc.); la firma degli ordini di pagamento compete, in forma congiunta, al Presidente o, in caso di assenza, al suo vicario statutariamente identificato e al Direttore Amministrativo; non sono previsti pagamenti tramite assegni o carte di credito;

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

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

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

Figure coinvolte: Datore di Lavoro e suoi delegati, RSPP, RLS, Medico competente, Dirigenti e Preposti

1 - Iniziativa

L'iniziativa, oltre che propria del Datore di lavoro o suo delegato ai sensi dell'art. 16 d.lgs. 81/08, può provenire da Subdelegati ex art. 16, comma 3 bis, del medesimo decreto legislativo, RSPP, RLS, Medico competente, Dirigenti, 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 RSPP e tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione della sicurezza in base alle loro specifiche competenze ed attribuzioni.

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

3 - Assunzione della decisione e flussi informativi sulla decisione

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

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

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

- l'assetto organizzativo dell'impresa relativamente alle scelte strategiche ex art. 2087 codice civile;
- l'analisi e la valutazione dei rischi;

- le nuova stesura o la revisione del Documento di valutazione rischi;
- la nomina o la sostituzione del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale;
- il conferimento di deleghe ex art. 16 d.lgs. 81/08.

4 - Esecuzione della decisione

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

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

Sull'esecuzione delle decisioni viene costantemente tenuto aggiornato il RSPP.

5 - Controllo

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

Il Datore di lavoro ha il dovere di vigilare in merito al corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite, in base al disposto dell'art.16, comma 3, d.lgs. 81/08. Le attività di controllo effettuate dal Datore di lavoro dovranno essere documentate per iscritto.

6 - Tracciabilità

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

7 - Conservazione

Ogni documento recante la decisione assunta e quella relativa all'istruttoria è conservata dal RSPP 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.

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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

1.0.3) Protocollo specifico per l'emissione di fatture e la redazione dei documenti contabili.

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

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

Le fatture e le altre operazioni contabili inerenti alla riscossione di danaro da parte di Azienda Tutela Salute (ATS), Regione o altri enti ed amministrazioni pubbliche sono comunicate al Direttore Generale, 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, dagli uffici amministrativi competente all'emissione dell'atto, che conserva anche la documentazione giustificativa.

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

E' vietato:

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

Il Revisore dei conti, a cadenze trimestrali o in ogni altro momento opportuno, verifica la

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

8.0.0) Protocollo speciale per la redazione di documentazione sanitaria.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore sanitario, Dirigenti medici di nucleo, Referenti di èquipe, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria

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

A titolo esemplificativo e non esaustivo, rientrano tra i documenti sanitari: la cartella clinica o "Fascicolo sanitario e sociale" (Fasas), il "Piano Assistenziali Individuali" (Pai), la "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" (Sosia), il diario di accessi e prestazioni rese dal servizio Assistenza domiciliare integrata (Adi), i certificati medici.

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

I documenti sanitari devono possedere le seguenti caratteristiche:

- Tracciabilità: va tenuta traccia di tutti i dati contenuti nei documenti redatti, delle decisioni adottate e dei fatti riscontrati;
- Rintracciabilità: ogni attività degli operatori della struttura verso l'utente va documentata per iscritto su apposito documento sottoscritto dall'operatore;
- Chiarezza: ogni dato inserito in un documento sanitario deve essere chiaro ed univoco, scevro da incertezze interpretative; le informazioni devono essere facilmente leggibili ed intellegibili da tutti gli operatori che hanno accesso ai documenti sanitari;
- Accuratezza ed appropriatezza: le descrizioni contenute nei documenti devono conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente e basarsi sui principi medici, infermieristici, assistenziali, fisioterapici, educativi e psicologici conosciuti ed utilizzati in letteratura,

rispettando altresì le linee guida di settore stabilite dalla normativa di riferimento;

- Veridicità: i dati devono rappresentare la realtà dei fatti;
- Attualità: i dati devono essere aggiornati periodicamente, con immediata registrazione di ogni sopraggiunta rilevante informazione ed elemento;
- Completezza: i dati devono essere completi, inclusa ogni informazione richiesta per valutare in modo complessivo e sufficientemente dettagliato la situazione dell'utente;
- Pertinenza: i dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti le finalità per le quali sono raccolti e trattati.

E' vietato:

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

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

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le cartelle sanitarie sono redatte dal Dirigenti medici incaricati;
- i Piani assistenziali individuali - Pai sono redatti dal Dirigente medico incaricato, dalle Referenti di èquipe, da fisioterapisti, educatori e operatori assistenziali nelle sezioni di

rispettiva competenza;

- i Sosia sono redatti dal Dirigente medico incaricato, così come ogni certificato medico;
- il diario di accessi e prestazioni rese nel servizio Assistenza domiciliare integrata (Adi) è redatto dall'infermiere o altro operatore intervenuto (ASA/OSS, FKT, MED, PSI,…).

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

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

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

Qualora sia necessario alterare e/o cancellare documenti sanitari o i dati ivi contenuti, detta operazione deve essere preventivamente autorizzata dal Direttore sanitario.

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.

1.1.0) Protocollo specifico 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*, Direttore sanitario, Ufficio Segreteria, Ufficio contabilità, Ufficio personale*

La Fondazione, in ragione dei servizi svolti di natura sanitaria ed assistenziale, dispone di un accreditamento regionale ed 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 ed annuali indirizzate all'Azienda Tutela Salute (ATS), la Segnalazione di 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 ed 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 obbiettivo 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 ed 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 di ispezioni da parte 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 coi dei documenti di riferimento.

Eventuali anomalie sono comunicate all'Organismo di vigilanza.

Domande

Il Direttore Amministrativo fornisce al Consiglio d'amministrazione, le ragioni, i contenuti, la normativa di riferimento, le valutazioni effettuate e l'esito.

L'istruttoria della pratica è curata dal direttore Amministrativo. La firma spetta al Presidente.

Rendicontazioni

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le rendicontazioni economiche trimestrali e/o mensili indirizzate all'Azienda Tutela Salute (ATS) per la Residenza sanitario assistenziale per anziani (Rsa) sono compilate dall'Ufficio segreteria, 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.), ed ogni evento che possa influire sugli aspetti economici del servizio reso (cambio classe Sosia ecc.);

- la rendicontazione periodica del servizio Assistenza domiciliare integrata (Adi) è redatta dall'addetta amministrativa dell'Ufficio ADI, sulla scorta del diario clinico redatto per ogni paziente dagli infermieri e operatori addetti al Servizio;

- le relazioni annuali indirizzate all'Azienda Tutela Salute (ATS) in base alla normativa regionale in ordine alle varie unità operative (ad esempio la "scheda struttura" della Rsa) vengono compilate, per quanto riguarda la parte finanziaria dal Direttore Amministrativo, per quanto riguarda gli standard orari del personale addetto dal Direttore del personale, dai Referenti delle varie aree sanitarie per quanto di competenza.

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 conservata ed archiviata, anche su supporti informatici, dall'Ufficio segreteria.

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere i documenti sopra Amministrativo e i dati ivi contenuti. Eventuali rettifiche sono autorizzate dal Direttore Amministrativo 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.

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo*, Direttore sanitario, Dirigenti Medici di nucleo, Referenti di èquipe, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Amministratore di sistema*

La Fondazione provvede a trasmettere documentazione rilevante ad enti ed 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.

Tali 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 Direttore;
- 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.

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

Qualora la Fondazione riceva da parte dell'Azienda Tutela Salute (ATS) o di 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. 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, 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 ed amministrazioni pubbliche, assegnazione e gestione credenziali".

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo, Direttore sanitario, Dirigenti medici di nucleo, Referenti di Area, Educatori, Ufficio segreteria, Ufficio contabilità, Ufficio personale, Amministratore di sistema

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 dalla impresa 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. 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, le Referenti di èquipe, il Direttore sanitario, i Dirigenti Medici, gli educatori e i fisioterapisti, i Referenti di Area e la dispensiera. Essi utilizzano gli strumenti informatici quali "utenti interni", nell'ambito ad esempio della gestione dei processi di amministrazione, contabilità, controllo di gestione, compilazione Pai, gestione cartelle cliniche, secondo profili di accesso diversi a seconda della mansione, dei compiti e delle responsabilità.

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

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

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

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

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

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

Le username e le password vengono rilasciate dall'Amministratore di sistema, ai soggetti autorizzati per iscritto dal Direttore Amministrativo, che specifica 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 Direttore Amministrativo.

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

di vigilanza.

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

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

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

E' vietato:

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

L'utilizzo della posta elettronica certificata è affidato agli uffici amministrativi che detiene username e password.

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo, Amministratore di sistema

La Fondazione dispone di un proprio sito internet www.annisereni.net per dare informazioni all'utenza.

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

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

Le informazioni da pubblicare sul sito internet sono preventivamente autorizzate dal Direttore Amministrativo.

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*

- *Razzismo e Xenofobia (art. 25-terdecies) Art.5 Comma 2 Art. 25 terdecies (razzismo e Xenofobia). In relazione alla commissione dei delitti di cui all'art. 3 comma 3 bis, della legge 13.10.1975 n.654, si applica all'ente la sanzione pecuniaria da duecento a ottocento quote. Nei casi di condanna per i delitti di cui al comma 1 si applicano all'ente le sanzioni interdittive previste dall'art.9, comma 2, per una durata non inferiore a un anno. Se l'ente o una sua unità organizzativa è stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti indicati nel comma 1, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dell'esercizio dell'attività ai sensi dell'art. 16, comma 3.*

- *Delitto di intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro (603 bis cp), meglio noto come "caporalato", introdotto con legge 199/2016 (art.25 quinquies,D. Lgs. n.231/2001).*

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

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

Figure coinvolte: Consiglio di Amministrazione, Direttore Risorse Umane (RU)*, Ufficio personale*

La necessità di assumere un lavoratore dipendente o di affidare un incarico a un collaboratore in libera professione è segnalata dai Referenti di Area al Direttore RU.

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

- acquisizione delle candidature, con curriculum;
- selezione attraverso colloqui con diverse figure professionali;
- 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 curricula dei soggetti che hanno svolto periodi di tirocinio o stage presso la Fondazione.

Nelle richieste di 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 Direttore del Personale e dai soggetti a tale scopo designati.

Il selettore appone note a margine del curriculum dei soggetti esaminati, o in una griglia di valutazione, con i giudizi idoneamente motivati.

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

Le assunzioni a tempo indeterminato sono deliberati dal Consiglio d'amministrazione, che stabilisce il trattamento economico complessivo.

Per le collaborazioni il consiglio di amministrazione delibera, in sede di bilancio di previsione, dei contratti standard da applicare a liberi professionisti, convenzioni con enti esterni o cooperative sociali. Eventuali modifiche agli standard devono essere ripresentate in Consiglio per la specifica delibera di approvazione.

Prima della firma del contratto, l'Ufficio del personale chiede al lavoratore tutta la documentazione necessaria, compresi il titolo di studio e/o attestato di iscrizione all'albo-collegio-ordine, abilitanti alla professione.

Il Direttore RU 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:

- formazione inerente la Sicurezza secondo D.Lgs 81/08;
- Codice etico;
- Norme di comportamento secondo il codice disciplinare;
- Mansionario attribuito;
- Badge, DPI, chiavi e quanto altro necessario alla prestazione dell'attività di servizio.

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;
- 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 ed assicurativa;
- promettano l'erogazione di partecipazioni al fatturato, benefits o altri analoghi incentivi, parametrati al futuro conseguimento di risultati finanziari, il cui ottenimento nell'esercizio appaia straordinariamente difficile tenuto conto del normale andamento della Fondazione.

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 contenti "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'inoltro della richiesta di rinnovo.

Requisiti del personale e collaboratori

Prima di far sottoscrivere il contratto individuale di lavoro e/o il contratto d'incarico per parasubordinati, l'Ufficio personale acquisisce dall'interessato in copia dell'eventuale titolo di studio richiesto e certificato dell'eventuale iscrizione richiesta a collegio/ordine/albo professionale. La documentazione viene conservata nel fascicolo personale del lavoratore.

Operano c/o l'Ente volontari che prestano la loro opera in forma del tutto gratuita, del tutto libera e con maggiore o minore assiduità. Per i volontari, la Fondazione paga un'assicurazione per la responsabilità civile. 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 in convenzione con la Curia di Milano.

Corretta applicazione contratti collettivi di lavoro e norme in materia di lavoro - turnistica

I turni orari di presenza, gli orari di lavoro, i riposi settimanali, le ferie ecc. dei singoli dipendenti sono programmati dal Direttore delle Risorse Umane mensilmente secondo lo "schema base" in atto, comunicato alle rappresentanze sindacali, ad eccezione di quelli del personale medico (Direttore sanitario), dei manutentori (Responsabile della Manutenzione), della Lavanderia (Responsabile della Lavanderia), della Cucina (Capocuoco) e dell'Ufficio amministrativo (Direttore Amministrativo). Le figure apicali hanno l'obbligo di effettuare l'orario minimo di lavoro settimanali ma non quello di rispettare orari di ingresso – uscita, che regolano in base alle esigenze di servizio.

Il servizio di reperibilità interessa il personale medico per le festività (turnazioni fissate dal Direttore sanitario), i medici in libera professione per le notti, il personale infermieristico del servizio di assistenza domiciliare (turnazioni fissate dal Responsabile ADI), ed il personale di manutenzione (turnazioni fissate dal Responsabile della manutenzione).

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 Risorse Umane, che segnala le eventuali violazioni al Referente di Area.

Eventuali appalti di servizi, contratti libero professionali o di lavoro parasubordinato vengono sottoscritti dal Presidente, sentito il parere del Referente di Area.

I disciplinari d'incarico includono apposita clausola con la quale il professionista dichiara, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi che ha in essere, il rispetto della normativa relativamente alla turnazione ed alla durata dei riposi minimi; gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L.136/2010 e successive modifiche; il rispetto della normativa sulla sicurezza secondo il D.L. 81/2008; l'esplicita condivisione del codice etico della Fondazione secondo la L.231/2001.

Sostituzione personale assente - Reperibilità in caso di urgenze o imprevisti - Continuità assistenziale

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 Direttore autorizzazione all'assunzione di operatore a tempo determinato.

La continuità assistenziale è garantita dalla programmazione della turnistica che viene gestita dal Direttore delle Risorse Umane e in sua assenza dalla Caposala o, a cascata, 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 reperibili nelle 24 ore i medici; gli infermieri dell'Assistenza Domiciliare Integrata 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 secondo scadenze programmate dalle Referenti di èquipe, in conformità delle indicazioni normative e secondo variazioni dello stato di salute dell'utente. I contenuti vengono poi condivisi con la famiglia.

Gestione delle urgenze di carattere tecnico

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 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle 21:30, sabato e festivi dalle ore 8:00 alle 20:00. Negli orari in cui non c'è il presidio dei manutentori in struttura, vale il calendario di reperibilità mensile, distribuito a tulle le unità operative.

L'operatore reperibile viene chiamato dal personale di 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

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 del personale tramite l'apposito sistema di rilevazione di entrate ed uscite.

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

Nel corso dell'attività di rilevazione presenze vengono inserite causali relative alle attività di formazione e di coordinamento tenute dal personale in modo da "defalcarle" dalle ore lavorate ai fini della quantificazione degli standards.

Formazione del personale

Il piano di formazione è predisposto annualmente dal Direttore delle Risorse Umane che raccoglie i bisogni formativi, compresi quelli inerenti ai crediti Ecm per il personale sanitario. Il Piano è approvato dal Direttore, che stabilisce 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 ospite, 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, dispense e materiale didattico, questionari di valutazione apprendimento, il tutto conservato e archiviato per anno dal responsabile della formazione.

La formazione può o meno essere 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 e nel registro del sistema di gestione della qualità. Quella relativa ai crediti Ecm e sicurezza sul lavoro è raccolta e registrata anche dal Responsabile della formazione e dal RSPP.

Le verifiche sull'avvenuta informazione, formazione e addestramento dei singoli operatori in materia di sicurezza e salute sul lavoro, con relativi aggiornamenti periodici, sono curate dal RSPP.

Questionari

Procedure per rilevazione dati soddisfazione operatori e piani di miglioramento.

La Regione interviene obbligando l'invio alle asl, ogni anno, di report di soddisfazione dei lavoratori. Il direttore procede annualmente alla distribuzione di un questionario in merito.

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

Figure coinvolte: Responsabili medici di unità operativa, Assistenti sociali del Comune di Provenienza, Ufficio Segreteria.

La Fondazione NON gestisce gli accessi alla Residenza sanitario assistenziale per anziani (Rsa).

Le liste d'attesa sono costruite e gestite da:

- i Comuni Fondatori per i posti contrattualizzati di lungo degenza (151);
- la Risorsa Sociale Gera d'Adda (Ufficio di Piano) per i posti autorizzati dati in convenzione per i ricoveri di sollievo.

La Fondazione gestisce la lista di attesa per gli ingressi nei mini alloggi protetti. I criteri di accesso privilegiano la Residenza nei 3 Comuni Fondatori e, in second'ordine, la priorità cronologica. Trattandosi di anziani autosufficienti non è richiesta la presentazione di una scheda sanitaria.

Sono vietati i comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento delle informazioni relative a ciascun richiedente;
- favoriscano soggetti in maniera indebita;
- operino discriminazioni per origine razziale, etnica, opinioni politiche, credenze religiose, 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 disponibile un posto in unità operativa, il soggetto preposto alla lista d'attesa sottopone il primo nominativo in graduatoria al Dirigente Medico responsabile dell'unità medesima il quale, accertata la permanenza dei fattori che determinarono il punteggio attribuito, fornisce l'autorizzazione all'ingresso.

6.0.0) Protocollo per la gestione dei farmaci.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore sanitario, Referenti di èquipe, Provveditore

La Fondazione dispone di un servizio gestione farmaci delocalizzato presso il magazzino del distributore "Alleanza Salute Distribuzione SpA".

Settimanalmente le Referenti di èquipe ordinano il fabbisogno di ogni nucleo, sulla base delle terapie prescritte dal Dirigente Medico di nucleo, tramite collegamento informatico.

La merce viene ricevuta dalle Referenti che ne verificano la conformità all'ordine e segnalano eventuali anomali al Provveditore

I farmaci considerati stupefacenti ai sensi del dpr 309/90 sono acquistati tramite le farmacie comunali e ritirati dai Dirigenti Medici che ne annotano la giacenza e il consumo in apposito registro, con fogli vidimati dal Sindaco del Comune di Treviglio, 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 viene datata e apposta in modo da lasciar pienamente leggibili le parti cancellate o modificate.

Nelle singole unità operative, i farmaci sono conservati in apposito armadio, costantemente chiuso a chiave, all'interno dell'infermeria con idonea temperatura.

La Referente di èquipe 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".

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. 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo, Direttore sanitario, RSPP, Referenti di Area, Revisore dei conti

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

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

Il Direttore 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, di ogni qualifica o livello, al loro coniuge ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle o a persone da quelle indicate.

Alle visite ispettive o di vigilanza condotte dall'Azienda sanitaria locale (Asl), dal Nucleo antisofisticazioni (Nas) o da altre pubbliche amministrazioni partecipano il Presidente, il Direttore Amministrativo e il Direttore sanitario, se attengono l'ambito sanitario, il RSPP, se attengono alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro e ogni altro Referente di Area interessato.

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.

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

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

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

Il Provveditore svolge l'istruttoria per individuare il fornitore, tra quelli già accreditati presso la Fondazione ed inseriti in apposito elenco.

Per l'accreditamento, il Provveditore 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, il Provveditore raccoglie almeno tre preventivi. Per le forniture continuative di beni o servizi, si svolgono delle gare annuali o pluriennali.

Il Provveditore sottopone i preventivi al Presidente.

Se gli acquisti rientrano nel bilancio di previsione il Presidente firma l'ordine o contratto, altrimenti propone al Consiglio d'amministrazione di deliberare.

Copia telematica 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 di idonee competenze tecnico-professionali, con il compito di sovraintendere 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 al Provveditore che propone al Presidente i provvedimenti sanzionatori (penali, risoluzione del contratto, respingimento delle merce ecc.), in conformità agli accordi contrattuali e alle norme vigenti.

Il Provveditore, 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 e dal Direttore Amministrativo in forma congiunta.

Il Provveditore comunica in modo sollecito ogni fatto o circostanza che lasci presagire il superamento delle previsioni di spesa.

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 ed il fornitore.

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

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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

1.0.5) Protocollo per la gestione della cassa.

Figure coinvolte: Presidente, Ufficio contabilità, Direttore Amministrativo *e Revisore dei conti*

La Fondazione è dotata di un cassa interna gestita dall'Ufficio contabilità, che provvede ad incassi e pagamenti di modica entità.

La provvista della cassa avviene tramite giroconto dal conto corrente aziendale o tramite gli incassi dell'attività dei servizi il cui pagamento può avvenire in contanti, o tramite la ricezione di oblazioni di modica entità.

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

L'Ufficio contabilità accerta sempre l'identità dei soggetti che pagano o riscuotono contanti. Per le somme superiori a 100 euro acquisisce fotocopia di carta di identità e codice fiscale.

Ogni spesa dev'essere supportata da idonea pezza giustificativa. L'ufficio contabilità rilascia ai debitori paganti una ricevuta dell'avvenuta riscossione. Tutti i documenti a supporto dei movimenti di cassa sono archiviati dall'ufficio contabilità e trimestralmente controllati dal Direttore Amministrativo.

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 al Direttore Amministrativo. Trimestralmente viene redatto un verbale di cassa e controfirmato da Ufficio contabilità e Direttore Amministrativo. Il Revisore dei conti può richiedere una verifica estemporanea che viene ulteriormente verbalizzata e archiviata.

Il Cassiere deve:

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

vigilanza.

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

- *art. 2621 codice civile - False documentazioni sociali*

- *art. 2622 codice civile - False comunicazioni sociali in danno dei creditori*

- *art. 2625, comma 2, codice civile - Impedito controllo*

- *art.2627 codice civile - Illegale ripartizione delle riserve*

- *art. 2629 codice civile - Operazioni in danno dei creditori*

- *art. 2629 bis codice civile - Omessa comunicazione del conflitto di interessi*

- *art. 2632 codice civile - Formazione fittizia del capitale*

- *art. 2638 codice civile - Ostacolo all'esercizio delle funzioni di autorità pubbliche di vigilanza*

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

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

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

Per consentire la regolare formazione e approvazione del bilancio di esercizio della Fondazione, il Direttore Amministrativo 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.

Il Direttore Amministrativo e l'eventuale consulente esterno rispettano:

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

E' vietato:

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

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

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

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

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

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

Un mese prima della scadenza prevista per legge per l'approvazione del bilancio, il Direttore Amministrativo, 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.

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

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

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

SEZIONE 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del

presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo*, Direttore sanitario, tutto il personale dipendente e i collaboratori.*

La Fondazione pone quale principio cardine la cura ed il rispetto delle esigenze degli utenti. Nella gestione del rapporto con l'utente, il personale rispetta tutti i protocolli sanitari ed assistenziali, il codice disciplinare, nonché i principi perseguiti dalla Fondazione e contenuti nel Codice Etico.

In particolare va garantito all'utente:

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

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

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

E' vietato:

- esercitare comportamenti volti a porre in essere violenza, minaccia, abuso di autorità o inganno nei confronti degli utenti al fine di determinarne lo sfruttamento in qualunque sua forma;

- esercitare comportamenti di abuso in qualsiasi forma delle condizioni di inferiorità fisica o psichica dei ricoverati o di una loro situazione di necessità.

Il Direttore Amministrativo dispone ogni anno 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

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

3.2.0) Protocollo per l'attuazione degli obblighi relativi alla tutela della sicurezza e

della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Figure coinvolte: Datore di lavoro, RSPP, RLS, Medico competente, Dirigenti, Preposti, Addetti squadra antincendio, Addetti al primo soccorso, Consulenti esterni

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

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

Individuazione, analisi e valutazione dei fattori di rischio

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

- Responsabile del servizio di prevenzione
- Medico competente
- Dirigenti
- 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 RSPP, del Medico competente, dei Dirigenti e Preposti dei lavoratori direttamente coinvolti nelle attività a rischio, dei RLS.

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

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

Il 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 di infortuni importanti o di risultati della sorveglianza sanitaria che ne richiedano la necessità, ovvero in caso di novità normative.

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

Il Datore di lavoro comunica sollecitamente all'Organismo di vigilanza le operazioni sopra

descritte, nonché ogni fatto rilevante in materia di sicurezza all'interno della Fondazione.

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

3.2.1) 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: Datore di Lavoro, RSPP, RLS, Medico competente, Dirigenti e Preposti

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

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

Il RSPP 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 dei periodo di affiancamento, il RSPP 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.

I contratti individuali di lavoro o di incarico, contemplano l'obbligo per tutti i lavoratori di

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

Il RSPP, una volta l'anno, in collaborazione con il Consulente professionale esterno, il Medico competente, i Preposti, i Rls 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 Datore di Lavoro. L'individuazione dei soggetti obbligati a frequentare i corsi e ad intervenire alle prove è stabilita insindacabilmente dal RSPP in modo tale da garantire che la formazione e l'aggiornamento sia effettuata nei termini e alle scadenze previste. Ogni ingiustificato rifiuto, come pure il mancato superamento del corso per negligenza, costituisce violazione dei doveri e/o inadempimento contrattuale.

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

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

Figure coinvolte: Direttore Amministrativo*, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Preposti*

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

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

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

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

SEZIONE 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

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

SEZIONE 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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

2.1.0) Protocollo per la gestione del contenzioso

Figure coinvolte: Presidente, Direttore Amministrativo*, Consiglio di Amministrazione, Legali esterni.*

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

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

Nella gestione del contenzioso il Direttore Amministrativo provvede a:

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

E vietato tenere comportamenti che:

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

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" precedentemente delineata, ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee generali di condotta e dei protocolli generali, nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di "reato presupposto".

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

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

Il Provveditore verifica la regolare autorizzazione della ditta incaricata per lo smaltimento dei rifiuti, all'atto del conferimento dell'incarico.

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

Tali contenitori devono possedere caratteristiche idonee ad evitare la dispersione del materiale in ambiente ed a ridurre il rischio a cui potrebbero essere esposti gli operatori e sono collocati in un locale chiuso a chiave con accesso selezionato.

Quando il contenitore è pieno e comunque entro il giorno di ritiro, gli operatori infermieristici provvedono al deposito temporaneo dei contenitori presso un locale specifico chiuso a chiave.

In occasione di ciascun stoccaggio, gli infermieri compilano un apposito report in cui indicano i materiali stoccati, il nucleo di provenienza, la data e la propria firma.

La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi sono eseguiti dall'Ufficio segreteria.

L'Ufficio segreteria 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 segreteria richiede e verifica che il trasportatore rilasci una

copia del formulario di identificazione e che i rifiuti siano etichettati in maniera conforme.

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

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

Qualora tale comunicazione non pervenga, l'Ufficio segreteria ne dà comunicazione al Direttore, 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.