

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

Documenti allegati:

- Elenco esplicito dei reati presupposto (All. 1)
- Organigramma aggiornato della Fondazione (All. 2)
- Codice Etico (All. 3)

Sommario

PARTE GENERALE

CAPITOLO I.....	9
DESCRIZIONE DEL QUADRO NORMATIVO.....	9
1.1. Introduzione	9
1.2. Autori del reato: soggetti in posizione apicale e soggetti sottoposti all'altrui direzione e vigilanza	10
1.3. Fattispecie di reato	11
1.4. Apparato sanzionatorio.....	13
1.5. Tentativo.....	15
1.6. Reati commessi all'estero	15
1.7. Valore esimente dei Modelli di organizzazione, gestione e controllo.....	16
1.8. Codici di comportamento predisposti dalle associazioni rappresentative degli enti	18
1.9. Sindacato di idoneità	19
CAPITOLO II	20
DESCRIZIONE DELLA REALTA' DELL'ENTE – ELEMENTI DEL MODELLO DI GOVERNANCE E DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE DELLA FONDAZIONE.....	20
2.1. Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus.....	20
2.2. Mission della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus	21
2.3. Modello di governance della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus	21
2.4. Assetto organizzativo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus	23
2.5. Presidi di controllo anticorruzione ai sensi della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 Errore. Il segnalibro non è definito.	
CAPITOLO III.....	25
MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO E METODOLOGIA SEGUITA PER LA SUA PREDISPOSIZIONE.....	25
3.1. Premessa.....	25
3.2. Il Progetto di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus per l'adozione del modello di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. n. 231/2001	25
3.3. Il modello di organizzazione, gestione e controllo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus.....	26
CAPITOLO IV.....	30
L'ORGANISMO DI VIGILANZA	30

4.1. L’organismo di vigilanza della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus.....	30
4.2. Principi generali in tema di istituzione, nomina e sostituzione dell’Organismo di Vigilanza.....	32
4.3. Funzioni e poteri dell’Organismo di Vigilanza	34
4.4. Obblighi di informazione nei confronti dell’Organismo di Vigilanza – Flussi informativi	36
4.4.1 Raccolta e conservazione delle informazioni	39
4.4.2 Reporting dell’Organismo di Vigilanza verso gli organi societari	39
CAPITOLO V	41
SISTEMA DISCIPLINARE.....	41
5.1. Funzione del sistema disciplinare	41
5.2. Misure nei confronti di lavoratori subordinati	41
5.3. Misure nei confronti di dipendenti non dirigenti	42
5.4. Misure nei confronti dei dirigenti.....	45
5.5. Misure nei confronti dei membri di Organi della Fondazione.....	46
5.6. Misure nei confronti dell’Organismo di Vigilanza	46
5.7. Misure nei confronti di collaboratori esterni.....	46
CAPITOLO VI FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	48
6.1. Premessa	48
6.2. Dipendenti.....	49
6.3. Componenti degli organi di governo dell’ente e soggetti con funzioni di rappresentanza della Fondazione	50
6.4. Altri destinatari	50
CAPITOLO VII ADOZIONE DEL MODELLO – CRITERI DI AGGIORNAMENTO E ADEGUAMENTO DEL MODELLO	51
7.1. Adozione, aggiornamento ed adeguamento del Modello	51
PARTE SPECIALE N. 1 “REATI COMMESSI NEI RAPPORTI CON LA P.A.”	54
1. I Reati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione	54
2. Nozione di Pubblico Ufficiale e incaricato di Pubblico Servizio	55
3. Attività sensibili nei rapporti con la Pubblica Amministrazione.....	56
4. Altri processi sensibili (Strumentali)	58
5. Regole di controllo	59
6.1. Principi generali di controllo	59
6.2. Principi specifici di controllo	61
7. I Processi Sensibili	62
8. Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza	70
PARTE SPECIALE N. 2 “REATI SOCIETARI”	72
1. I Reati Societari	72

2.	Attività sensibili nell’ambito dei Reati Societari.....	73
3.	Regole di controllo	74
3.1.	Il sistema di controllo	74
3.2.	I principi di controllo generali.....	75
3.3.	I principi di controllo specifici	76
4.	I processi sensibili	77
5.	Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza	79
PARTE SPECIALE N. 3 “RICETTAZIONE, RICICLAGGIO, IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA, AUTORICICLAGGIO”		83
1.	I Delitti contro il Patrimonio mediante frode.....	83
2.	Attività sensibili nell’ambito dei delitti contro il patrimonio mediante frode	84
3.	Regole di controllo	85
1.	Il sistema di controllo	85
2.	I principi di controllo generali.....	85
3.	Principi specifici di controllo.....	86
4.	I Processi Sensibili	86
5.	Flussi Informativi verso l’Organismo di Vigilanza	87
PARTE SPECIALE N. 4 “TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO”		91
1.	La gestione delle attività inerenti la Prevenzione e la Protezione degli infortuni e delle malattie professionali per la tutela della Salute e Sicurezza sul lavoro	91
2.	Flussi Informativi verso l’Organismo di Vigilanza	95
PARTE SPECIALE N. 5 “REATI AMBIENTALI”		97
1.	I Reati Ambientali	97
2.	Attività Sensibili	98
3.	Le Regole di controllo.....	99
3.1.	Il Sistema di controllo	99
3.2.	I principi di controllo generali.....	99
3.3.	I principi di controllo specifici	99
4.	I Processi Sensibili	100
5.	Flussi Informativi verso l’Organismo di Vigilanza	101
PARTE SPECIALE N. 6 “REATI INFORMATICI”		103
1.	I Reati Informatici.....	103
2.	Attività sensibili nell’ambito dei Reati Informatici	104
3.	Le regole di controllo.....	104
4.	Il Processo Sensibile	106
5.	Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza	107

DEFINIZIONI

- **"Ente" o "Fondazione"**: Fondazione Residenza Sanitaria Assistenziale "Garibaldi Pogliani Onlus";
- **"CCNL"**: Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro attualmente in vigore ed applicato da Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus. Nello specifico si fa riferimento al Contratto Collettivo "*Enti Locali*" e al Contratto Colettivo *UNEBA*;
- **"Fornitori"**: soggetti terzi che, nell'ambito di un rapporto contrattuale stipulato con Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, forniscono beni o servizi;
- **"D. Lgs. 231/01" o "Decreto"**: il decreto legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 e successive modifiche;
- **"R.S.A."**: Residenze Sanitarie Assistenziali, cioè strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti;
- **"Destinatari"**: tutti i soggetti tenuti all'osservanza dei principi e delle disposizioni contenuti nel Modello, in particolare, si tratta di tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi della Fondazione (i componenti degli organi di governo dell'ente, l'Organismo di Vigilanza, i dipendenti, i collaboratori e i consulenti esterni);
- **"Consiglio di Amministrazione"**: l'organo dirigente della Fondazione (di seguito anche "CdA");
- **"Modello"**: il modello di organizzazione, gestione e controllo previsto dal D. Lgs. n. 231/2001 ed adottato dalla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus;
- **"Codice Etico"**: il documento ufficiale che evidenzia i principi di comportamento ai quali si deve ispirare ogni soggetto operante per conto della Fondazione;

- **"Carta dei Servizi"**: documento all'interno del quale trovano descrizione i servizi offerti dalla Fondazione e le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni;
- **"Organismo di Vigilanza" o "OdV"**: l'Organismo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus preposto alla vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e al relativo aggiornamento ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. n. 231/2001;
- **"P.A."**: la Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi funzionari ed i soggetti incaricati di pubblico servizio (a titolo esemplificativo: il Comune di Cantù; la Provincia di Como; la Regione Lombardia; l'INPS; i Vigili del Fuoco; le forze di ordine pubblico e l'autorità giudiziaria);
- **"A.T.S."**: Azienda di Tutela della Salute, ente pubblico strumentale della Regione, al quale compete l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie;
- **"D.G.R."**: si fa riferimento alle delibere della giunta della regione Lombardia del 30 maggio 2012 n. IX/3540 e del 25 luglio 2012 n. IX/3819 e successive modifiche del 28 dicembre 2012. La prima delibera regola le modalità di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo con riferimento ai requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato e relativa adozione del modello di organizzazione, Gestione e Controllo e nomina dell'Organismo di Vigilanza ex art. 6 D.Lgs. n. 231/2001; la seconda, invece, le determinazioni in ordine ai requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato;
- **"Linee Guida Regione Lombardia"**: le linee guida elaborate dalla Regione Lombardia con Decreto del Direttore Generale per la Sanità n. 22361/04 e D.G.R. VIII/1375 del 14 dicembre 2005 per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere;
- **"Processi Sensibili"**: attività della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus nel cui ambito ricorre il rischio di commissione dei Reati;

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

- **"Reati"**: i reati che comportano la responsabilità amministrativa della Fondazione ai sensi del D.Lgs. n. 231/01 (anche eventualmente integrato in futuro);

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E
CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

PARTE GENERALE

CAPITOLO I

DESCRIZIONE DEL QUADRO NORMATIVO

1.1. Introduzione

Con il decreto legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001, emanato in attuazione della delega conferita al Governo con l'art. 11 della Legge n. 300 del 29 settembre 2000¹, è stata dettata la disciplina della *"responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato"*, la quale trova applicazione nei confronti degli enti dotati di personalità giuridica nonché delle società ed associazioni anche prive di personalità giuridica.

Ai sensi della disciplina prevista dal D.Lgs. n. 231/2001, gli enti possono essere considerati responsabili in relazione ad alcuni reati consumati o tentati, nell'interesse o a vantaggio degli stessi, da parte di esponenti dei vertici aziendali (cd. *"soggetti in posizione apicale"* o, più semplicemente, *"soggetti apicali"*) e dai soggetti sottoposti alla loro direzione o vigilanza (art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 231/2001)².

La responsabilità amministrativa dell'ente si configura come autonoma rispetto alla responsabilità penale della persona fisica che ha commesso il reato e si affianca a quest'ultima. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 231/2001, la responsabilità in oggetto sussiste anche quando l'autore del reato non è stato identificato, non è imputabile o il reato si estingue per causa diversa dall'amnistia (es. per prescrizione, per morte del reo prima della condanna).

Si ha, quindi, un ampliamento di responsabilità, allo scopo principale di coinvolgere nella repressione di determinati reati il patrimonio degli enti e, altresì, gli interessi economici dei soci che, prima dell'introduzione del decreto in oggetto, non subivano alcuna conseguenza diretta dalla realizzazione dei reati commessi da amministratori e/o dipendenti dell'ente, nell'interesse e a vantaggio di quest'ultimo.

¹ Il D.Lgs. 231/2001 è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19 giugno 2001; la Legge 300/2000 è pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 250 del 25 ottobre 2000.

² Art. 5, comma 1 del D.Lgs. 231/2001 – Responsabilità dell'ente: *"L'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio: a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso; b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a)"*.

Il D.Lgs. n. 231/2001 riforma l’ordinamento giuridico italiano in quanto agli enti sono adesso applicabili, in via diretta e autonoma, sanzioni di natura pecuniaria e interdittiva relativamente ai reati ascritti a soggetti legati funzionalmente agli enti stessi, ai sensi dell’art. 5 del Decreto.

Tuttavia, la responsabilità amministrativa dell’ente è esclusa se lo stesso ha adottato, tra l’altro e prima della commissione dei reati, modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire i reati stessi. Per l’adozione di tali modelli, trovano applicazione i codici di comportamento (linee guida) elaborati da associazioni rappresentative dell’ente, tra i quali *“Linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo, ex D.Lgs. 231/2001”* emanate da Confindustria il 31 marzo 2008 ed approvate dal Ministero della Giustizia. Per le realtà socio – sanitarie trovano applicazione, altresì, per quanto possibile, le Linee guida della Regione Lombardia per l’adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, adottate nel 2005.

In ogni caso, la responsabilità amministrativa dell’ente è esclusa se il reato è stato commesso dall’autore nell’interesse esclusivo proprio o di terzi³.

1.2 Autori del reato: soggetti in posizione apicale e soggetti sottoposti all’altrui direzione e vigilanza

Ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001, l’ente è responsabile per i reati commessi (o tentati), nel suo interesse o a suo vantaggio, da:

- “persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell’ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dell’ente stesso” (art. 5, comma 1, lett. a) D.Lgs. n. 231/2001); e/o
- Persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti che si trovano in posizione apicale (art. 5, comma 1, lett. b) D.Lgs. n. 231/2001.

³ Art. 5, comma 2 del D.Lgs. 231/2001 – Responsabilità dell’ente: *“L’ente non risponde se le persone indicate nel comma 1 hanno agito nell’interesse esclusivo proprio o di terzi”*.

1.3. Fattispecie di reato

I reati da cui può conseguire la responsabilità amministrativa per l'ente sono soltanto quelli tassativamente richiamati dal D.Lgs. n. 231/2001 (**Allegato 1**, cui si rimanda integralmente per l'esplicazione sintetica delle fattispecie di reato e delle sanzioni comminabili all'Ente) o da specifiche previsioni normative che facciano rinvio al Decreto in esame, come nel caso dell'art. 10 della Legge n. 146 del 16 marzo 2006, relativa ai reati di natura transnazionale.

Le fattispecie di reato possono essere comprese, per comodità espositiva, nelle seguenti categorie:

- delitti contro la **Pubblica Amministrazione**, ai sensi degli artt. 24 e 25 del D.Lgs. n. 231/2001, ossia "indebita percezione di erogazione, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico", nonché "concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione"⁴;
- delitti in materia **informatica** ex art. 24-bis: "delitti informatici e trattamento illecito dei dati", i quali sono stati introdotti dall'art. 7 della Legge n. 48 del 18 marzo 2008;
- delitti **associativi** ex art. 24-ter: "delitti di criminalità organizzata", introdotti dall'art. 2 della Legge 94 del 15 luglio 2009; in tema di associazione per delinquere ex art. 416 c.p., non rileva il reato – fine dell'associazione che, di conseguenza, può essere escluso dal novero delle fattispecie incriminatrici indicate nel presente paragrafo;
- delitti **contro la fede pubblica** ex art. 25-bis: "falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti di riconoscimento"⁵;
- delitti **contro l'industria ed il commercio** ex art. 25-bis.1, introdotti dall'art. 17, comma 7, lett. b), della Legge n. 99 del 23 luglio 2009;
- **reati societari** ex art. 25-ter, tra cui: delitto di false comunicazioni sociali, di impedito controllo, di formazione fittizia del capitale, di illecita influenza dell'assemblea, di ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza e di corruzione tra privati;

⁴ La rubrica è stata modificata dall'articolo 1, comma 77, lettera a), numero 1), della Legge 6 novembre 2012, n. 190.

⁵ La rubrica è stata modificata dall'art. 17, comma 7, lett. a), n. 4) della Legge n. 99 del 23 luglio 2009, la quale ha aggiunto i reati di cui alla lett. f-bis).

- delitti con **finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico** *ex art. 25-quater*, introdotti dall'art. 3 della Legge n. 7 del 14 gennaio 2003;
- delitti **contro la vita e l'incolumità individuale** *ex art. 25-quater.1*: "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili", introdotto dall'art. 3 della Legge n. 7 del 9 gennaio 2006;
- delitti **contro la personalità individuale** *ex art. 25-quinquies*, ossia: riduzione in schiavitù o in servitù, prostituzione minorile, pornografia minorile, detenzione di materiale pornografico, pornografia virtuale, iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; tali delitti sono stati introdotti dall'art. 5 della Legge n. 228 dell'11 agosto 2003, successivamente modificato dall'art. 10 della Legge n. 38 del 6 febbraio 2006;
- reati relativi agli **abusi di mercato** *ex art. 25-sexies*, i quali consistono nell'abuso di informazioni privilegiate e nella manipolazione del mercato; le fattispecie sono state introdotte dall'art. 9 della Legge n. 62 del 18 aprile 2005;
- delitti in materia di **salute e sicurezza sui luoghi di lavoro** *ex art. 25-septies*: "Omicidio colposo o lesione gravi o gravissime commesse in violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro", introdotti dall'art. 9 della Legge n. 123 del 3 agosto 2007 e, successivamente, sostituiti dall'art. 300 del D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008;
- reati di **ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e autoriciclaggio**, *ex art. 25-octies*, introdotto dall'art. 63 della Legge n. 231 del 21 novembre 2007 e novellato dall'art. 3, comma 3 della Legge n. 186 del 15 dicembre 2014;
- delitti in materia di **violazione del diritto d'autore**, *ex art. 25-nonies*, introdotti dall'art. 15, comma 7, lett. c) della Legge n. 99 del 23 luglio 2009;
- delitto di **induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria**, *ex art. 25-decies*, introdotto dall'art. 4 della Legge n. 116 del 3 agosto 2009, come sostituito dall'art. 2 del D.Lgs. n. 121 del 7 luglio 2011;
- **reati ambientali**, *ex art. 25-undecies*, introdotto dall'art. 2 del D.Lgs. 121 del 7 luglio 2011 e novellato dall'art. 1 della Legge n. 68 del 22 maggio 2015;
- delitto di **impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare**, *ex art. 25-duodecies* e inserito dall'art. 2 del D.Lgs. n. 109 del 16 luglio 2012, in attuazione della Direttiva 2009/52/CE;
- **reati transnazionali**⁶, ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 146 del 16 marzo 2006 (reati "associativi" e reati giudiziari), tra cui: associazione per delinquere

⁶ Secondo l'art. 3 della Legge n. 146/2006 - "Definizione di reato transnazionale: *Ai fini della presente legge si considera reato transnazionale il reato punito con la pena della reclusione non inferiore nel massimo a quattro*

semplice, associazione per delinquere di stampo mafioso, associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi lavorati esteri e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope;

E' inoltre previsto, ai sensi dell'art. 23, comma 2 del D.Lgs. n. 231/2001 il reato che punisce l'ente in caso di violazione da parte di quest'ultimo degli obblighi e dei divieti relativi ad eventuali sanzioni o misure cautelari interdittive ad esso applicate.

1.4. Apparato sanzionatorio

In caso di commissione (o tentata commissione) dei reati indicati nel paragrafo precedente, l'art. 9 del D.Lgs. n. 231/2001 prevede a carico dell'ente le seguenti sanzioni:

- sanzione pecuniaria (e sequestro conservativo in sede cautelare);
- sanzioni interdittive (applicabili anche in qualità di misura cautelare) di durata non inferiore a tre mesi e non superiore a due anni (con la precisazione che, *ex art. 14, comma 1, D.Lgs. n. 231/2001, "Le sanzioni interdittive hanno ad oggetto la specifica attività alla quale si riferisce l'illecito dell'ente"*), ossia:
 - interdizione dall'esercizio dell'attività;
 - sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
 - divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
 - esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
 - divieto di pubblicizzare beni o servizi:
- confisca (e sequestro preventivo in sede cautelare);
- pubblicazione della sentenza (in caso di applicazione di una sanzione interdittiva).

Il giudice penale determina la sanzione pecuniaria attraverso un sistema basato su "quote" in numero non inferiore a cento e non superiore a mille e di importo variabile

anni, qualora sia coinvolto un gruppo criminale organizzato, nonché: a) sia commesso in più di uno Stato; b) ovvero sia commesso in uno Stato, ma una parte sostanziale della sua preparazione, pianificazione, direzione o controllo avvenga in un altro Stato; c) ovvero sia commesso in uno Stato, ma in esso sia implicato un gruppo criminale organizzato impegnato in attività criminali in più di uno Stato; d) ovvero sia commesso in uno Stato, ma abbia effetti sostanziali in un altro Stato."

fra un minimo di Euro 258,22 ad un massimo di Euro 1.549,37. Al fine della commisurazione della sanzione pecuniaria, il giudice determina:

- il numero delle quote, in considerazione della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'ente nonché dell'attività posta in essere dallo stesso per eliminare o ridurre le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti;
- l'importo della singola quota, sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente.

Le sanzioni interdittive trovano applicazione solo in relazione agli illeciti amministrativi per i quali sono espressamente previste e sempre che ricorra almeno una delle seguenti condizioni:

- a) l'ente ha ricavato dalla consumazione del reato un profitto di rilevante entità e il reato è stato commesso da un soggetto in posizione apicale ovvero da un soggetto sottoposto all'altrui direzione quando, in quest'ultimo caso, la commissione del reato è stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative;
- b) nel caso di illeciti reiterati.

In caso di sanzione interdittiva, il giudice ne determina il tipo e la durata considerando l'idoneità della singole sanzioni a prevenire reati del tipo di quello commesso e, se necessario, può applicarle congiuntamente, ai sensi dell'art. 14, comma 1 e comma 3 del D.Lgs. n. 231/2001.

Le sanzioni interdittive dell'esercizio dell'attività, del divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione e del divieto di pubblicizzare beni e servizi possono essere applicate – nei casi più gravi – in via definitiva⁷. Inoltre, è possibile la prosecuzione dell'attività dell'ente (in luogo dell'irrogazione della sanzione interdittiva) da parte di

⁷ Ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs. n. 231/2001: "1. Può essere disposta l'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività se l'ente ha tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed è già stato condannato, almeno tre volte negli ultimi sette anni, alla interdizione temporanea dall'esercizio dell'attività. 2. Il giudice può applicare all'ente, in via definitiva, la sanzione del divieto di contrattare con la pubblica amministrazione ovvero del divieto di pubblicizzare beni e servizi quando è già stato condannato alla stessa sanzione almeno tre volte negli ultimi sette anni. 3. Se l'ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione di reati in relazione ai quali è prevista la sua responsabilità è sempre disposta l'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività e non si applicano le disposizioni previste dall'articolo 17".

un commissario nominato dal giudice, ai sensi e alle condizioni previste dall'art. 15 del D.Lgs. n. 231/2001.

1.5. Tentativo

Nel caso in cui la commissione dei reati sanzionati dal D.Lgs. n. 231/2001 sia solo tentata e non consumata, le sanzioni pecuniarie (in termini di importo) e le sanzioni interdittive (in termini di durata) sono ridotte da un terzo alla metà.

L'irrogazione delle sanzioni da parte del giudice è esclusa nelle ipotesi in cui l'ente, volontariamente, impedisca il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento, secondo quanto previsto dall'art. 26 del D.Lgs. n. 231/2001. In tal caso, l'esclusione dell'applicazione delle sanzioni si giustifica in forza dell'interruzione di ogni rapporto di immedesimazione tra ente e soggetti che assumono di agire in nome e per conto dello stesso.

1.6. Reati commessi all'estero

Ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 231/2001⁸, l'ente può essere chiamato a rispondere in Italia in relazione a reati commessi all'estero e previsti dal Decreto. A tal proposito, come sottolineato nella Relazione illustrativa al D.Lgs. n. 231/2001, è stata ravvisata la necessità di non lasciare priva di sanzione una situazione criminologica che si verifica frequentemente, allo scopo principale di evitare facili elusioni dell'intero impianto normativo in oggetto.

I presupposti su cui si fonda la responsabilità dell'ente in relazione ai reati commessi all'estero sono i seguenti:

- il reato deve essere stato commesso da un soggetto funzionalmente legato all'ente, come previsto dall'art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 231/2001;
- l'ente deve avere la propria sede principale nel territorio dello Stato italiano;

⁸ Secondo l'art. 4. del D.Lgs. 231/2001: "1. Nei casi e alle condizioni previste dagli articoli 7, 8, 9 e 10 del codice penale, gli enti aventi nel territorio dello Stato la sede principale rispondono anche in relazione ai reati commessi all'estero, purché nei loro confronti non proceda lo Stato del luogo in cui è stato commesso il fatto. 2. Nei casi in cui la legge prevede che il colpevole sia punito a richiesta del Ministro della giustizia, si procede contro l'ente solo se la richiesta è formulata anche nei confronti di quest'ultimo".

- l’ente può essere ritenuto responsabile esclusivamente nei casi e alle condizioni stabilite dagli artt. 7, 8, 9, 10 c.p. (nei casi in cui la legge prevede che il colpevole – persona fisica – sia punito a richiesta del Ministro della Giustizia, si procede contro l’ente solo se tale richiesta viene formulata anche nei confronti dell’ente) e, in ossequio al principio di legalità *ex art. 2 del D.Lgs. n. 231/2001*, solo in caso di reati per i quali la responsabilità dell’ente sia prevista da una disposizione normativa *ad hoc*;
- nei confronti dell’ente non proceda lo Stato del luogo in cui il fatto è stato commesso, sussistendo casi e condizioni previste dai suddetti articoli del codice penale.

1.7. Valore esimente dei Modelli di organizzazione, gestione e controllo

Il D.Lgs. n. 231/2001 attribuisce valore esimente ai modelli di organizzazione, gestione e controllo dell’ente.

Nell’ipotesi in cui il reato sia stato commesso da un **soggetto in posizione apicale**, l’ente non risponde se prova, ai sensi dell’art. 6 del D.Lgs. n. 231/2001, che:

- a) l’organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello commesso;
- b) è stato affidato ad un organismo dell’ente, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, il compito di vigilare sul funzionamento e l’osservanza dei modelli e di curarne l’aggiornamento;
- c) i soggetti hanno commesso il reato con elusione fraudolenta dei modelli di organizzazione e di gestione;
- d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell’organismo di vigilanza.

Nel caso in cui il reato sia stato commesso da soggetti apicali, sussiste, quindi, una presunzione di responsabilità in capo all’ente che deriva dal fatto che tali soggetti esprimono la politica e, conseguentemente, la volontà dell’ente stesso. Tuttavia, tale presunzione può essere superata se l’ente riesca a dimostrare la propria estraneità ai fatti contestati al soggetto apicale e a provare la sussistenza dei suindicati requisiti, tra

loro concorrenti, e il fatto che la commissione del reato non è derivata da una propria “colpa organizzativa”⁹.

Nel caso, invece, di un reato commesso da **soggetti sottoposti all'altrui direzione o vigilanza**, l'ente può essere considerato responsabile se la commissione di tale reato è stata resa possibile dalla violazione degli obblighi di direzione o vigilanza alla cui osservanza l'ente stesso è tenuto¹⁰.

In entrambi i casi, l'ente non è responsabile per violazione degli obblighi di direzione o vigilanza se, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la commissione di reati della specie di quello commesso.

Nell'ipotesi in cui il reato sia stato commesso da un soggetto sottoposto alla direzione o vigilanza di un soggetto apicale, vi sarà un'interversione dell'onere della prova; pertanto, l'accusa dovrà provare che l'ente non ha adottato e/o efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo atto a prevenire i reati della specie di quello verificatosi.

Ai sensi dell'art. 6, comma 2 del D.Lgs. n. 231/2001, il contenuto dei modelli di organizzazione, gestione e controllo deve essere delineato in relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati. In particolare tali modelli devono:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;

⁹ La relazione illustrativa al D.Lgs. n. 231/2001 si esprime in questi termini: “*Ai fini della responsabilità dell'ente occorrerà, dunque, non soltanto che il reato sia ad esso ricollegabile sul piano oggettivo (le condizioni alle quali ciò si verifica, come si è visto, sono disciplinate dall'art. 5); di più, il reato dovrà costituire anche espressione della politica aziendale o quanto meno derivare da colpa di organizzazione*”. Ancora: “*si parte dalla presunzione (empiricamente fondata) che, nel caso di reato commesso dal vertice, il requisito “soggettivo” di responsabilità dell'ente [ossia la c.d. “colpa organizzativa” dell'ente] sia soddisfatto, dal momento che il vertice esprime e rappresenta la politica dell'ente; ove ciò non accada, dovrà essere la società a dimostrare la sua estraneità, ciò potrà fare soltanto provando la sussistenza di una serie di requisiti tra loro concorrenti.*”

¹⁰ Secondo l'art. 7 del D.Lgs. n. 231/2001 – Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente – “*Nel caso previsto dall'art. 5, comma 1, lett. b), l'ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza*”.

- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

L’art. 7, comma 4 del D.Lgs. n. 231/2001 definisce, altresì, i requisiti dell’efficace attuazione dei modelli organizzativi:

- verifica periodica ed eventuale modifica del modello organizzativo quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’ente;
- sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

1.8. Codici di comportamento predisposti dalle associazioni rappresentative degli enti

Come previsto dall’art. 6, comma 3 del D. Lgs. n. 231/2001, *“I modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati, garantendo le esigenze di cui al comma 2, sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sull’idoneità dei modelli a prevenire i reati”*.

A tal proposito, Confindustria ha definito le *“Linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. n. 231/2001”* fornendo, tra l’altro, indicazioni metodologiche per l’individuazione delle aree di rischio (settore/attività nel cui ambito possono essere commessi reati), la progettazione di un sistema di controllo (i cd. Protocolli per la programmazione della formazione ed attuazione delle decisioni dell’ente) e i contenuti del modello di organizzazione, gestione e controllo.

Tali linee guida sono state ritenute applicabili alla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, in particolare laddove fanno riferimento alle realtà di piccole dimensioni.

Trovano altresì applicazione per la realtà della Fondazione le *“Linee guida regionali per l’adozione del Codice Etico e dei Modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere”* adottate dalla Regione Lombardia nel 2005.

In particolare, tali Linee guida suggeriscono di utilizzare i processi di *risk assessment* e *risk management* e prevedono, per la redazione del Modello, le seguenti fasi:

Fondazione Onlus "Garibaldi-Pogliani"
MODELLO ORGANIZZATIVO

- identificazione dei rischi e dei protocolli;
- adozione di alcuni strumenti tra cui i principali sono un codice etico con riferimento ai reati ex D.Lgs. n. 231/2001 e un sistema disciplinare;
- individuazione dei criteri per la scelta dell'organismo di vigilanza, indicazione dei suoi requisiti, compiti e poteri e degli obblighi di informazione.

Anche UNEBA - che è l'associazione rappresentativa di questo Ente - ha elaborato un modello di codice di comportamento, che ha ricevuto la prevista approvazione da parte del Ministero della Giustizia.

Di tale codice di autoregolamentazione si è, pertanto, tenuto conto nella redazione e nell'aggiornamento del presente Modello.

Resta inteso che eventuali scostamenti rispetto alle suddette linee guida non renderebbero di per sé il Modello inadeguato, in quanto esso deve essere comunque adeguato alla specifica realtà della Fondazione, mentre le linee guida, per loro stessa natura, hanno una valenza più generale.

1.9. Sindacato di idoneità

L'accertamento della responsabilità dell'ente, attribuito al giudice, viene effettuato mediante:

- la verifica della sussistenza del reato presupposto per la responsabilità dell'ente;
- il sindacato di idoneità sui modelli organizzativi adottati.

Il sindacato del giudice circa l'astratta idoneità del modello organizzativo a prevenire i reati ex D.Lgs. n. 231/2001 è effettuato sulla base del criterio della cd. "prognosi postuma".

Il giudizio di idoneità va formulato secondo un criterio sostanzialmente *ex ante* per cui il giudice si colloca, idealmente, nella realtà dell'ente nel momento in cui si è verificato l'illecito per saggiare l'adeguatezza del modello adottato.

CAPITOLO II

DESCRIZIONE DELLA REALTA' DELL'ENTE – ELEMENTI DEL MODELLO DI GOVERNANCE E DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE DELLA FONDAZIONE

2.1. Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus sorse a Cantù nel 1890 con il nome di “Ricovero Giuseppe Garibaldi”, per volontà di un Comitato Cittadino con beni raccolti dalla beneficenza pubblica e privata e con beni provenienti dal lascito disposto dal Sig. Erminio Valtellina. L'Ente nacque in qualità di Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.) e, successivamente, è stato trasformato in persona giuridica di diritto privato senza scopo di lucro. A seguito di tale trasformazione, avvenuta nel 2004, il nuovo Ente ha assunto l'attuale denominazione di “Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus” con natura di Fondazione di diritto privato.

La Fondazione si qualifica altresì come “fondazione partecipata”, in quanto la stessa è partecipata dai Comuni di Cantù, Capiago, nonché da un gruppo di altri 6 comuni che, pertanto, assumono tutte le posizioni giuridiche soggettive spettanti ai soci fondatori ai sensi del codice civile, compreso il potere di nomina dell'organo amministrativo. La Fondazione, tuttavia, è aperta alla partecipazione di “soci sostenitori” che vogliano sostenere l'attività dell'Ente attraverso conferimento di capitali o di beni mobili e/o immobili.

Al fine del perseguimento degli scopi di utilità sociale, la Fondazione svolge la sua attività nell'ambito dell'assistenza sociale e socio – sanitaria, in particolare in qualità di Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.); è inoltre attivo presso la struttura un Centro Diurno Integrato (C.D.I.), ossia un'organizzazione a regime diurno, sempre rivolto a persone anziane, che presta servizi sanitari riabilitativi e ricreativi. Nel 2002 è stata avviata una collaborazione con il Centro Residenziale per Disabili Eleonora e Lidia di Figino Serenza per la gestione congiunta di taluni servizi. Questa apertura al mondo dei disabili ha portato l'Ente a programmare nel 2003 la costruzione di una Comunità Alloggio per disabili con annessi mini-alloggi, inaugurata nel 2007. Dal mese di dicembre 2003 è inoltre attiva una convenzione con l'A.T.S. provinciale di Como per la gestione dell'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.).

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus pone alla base della propria politica aziendale alcuni valori di riferimento volti a garantire, in particolare, la cura dell’ospite e non la mera erogazione del servizio sanitario – assistenziale, l’innovazione tecnologica e formativa, al fine di dare seguito a tutti i cambiamenti nel settore sanitario e, infine, la sicurezza dell’ambiente di lavoro, sia a favore degli ospiti della struttura sia dei dipendenti della stessa.

2.2. *Mission della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus*

La Fondazione, al fine di dare attuazione alla politica adottata e, altresì, di perseguire il fine istituzionale di tutela e promozione della salute dei suoi ospiti, si impegna ad erogare prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative idonee a gestire situazioni cliniche ed assistenziali complesse e, inoltre, a porre in essere processi socio – sanitari appropriati e di alta qualità. Oltre ad offrire all’ospite un’assistenza efficace dal punto di vista tecnico – sanitario, la Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha come obiettivo quello di instaurare un clima sereno e umano, idoneo a rispondere adeguatamente ai bisogni di base dell’ospite.

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus focalizza la propria attenzione sui principi sanciti dalla “Carta dei diritti della persona anziana” la quale si basa sulla considerazione dell’ospite non solo come destinatario dell’assistenza socio – sanitaria ma, altresì, come soggetto titolare del diritto al rispetto delle proprie abitudini, della propria cultura nonché del proprio ambiente sociale e familiare.

Per il raggiungimento dei suoi scopi la Fondazione può svolgere qualsiasi attività di natura commerciale che sia connessa, complementare o, comunque, strumentale ai servizi offerti, tra cui, a titolo esemplificativo:

- a) assunzione di mutui a breve, medio o lungo termine;
- b) stipulazione, in qualità di utilizzatore, di contratti di locazione finanziaria, anche relativa a beni immobili;
- c) stipula di speciali convenzioni di qualsiasi genere con enti pubblici e privati.

2.3. *Modello di governance della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus*

Fondazione Onlus "Garibaldi-Pogliani"
MODELLO ORGANIZZATIVO

Gli organi amministrativi della Fondazione, i quali concorrono alla formazione della volontà della stessa, sono:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Revisore dei Conti.

La determinazione dell'indirizzo istituzionale amministrativo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus è attribuita al Consiglio di Amministrazione composto da cinque consiglieri, nominati dai Sindaci di otto diversi Comuni (due consiglieri sono nominati dal Sindaco di Cantù, uno dal Sindaco di Capiago Intimiano e i restanti due dai Sindaci dei Comuni di Brenna, Carimate, Cermenate, Cucciago, Figino Serenza e Novedrate).

I membri del Consiglio di Amministrazione durano in carica cinque anni dalla data dell'insediamento del Consiglio di Amministrazione.

Tra le attribuzioni tassativamente di competenza del Consiglio di Amministrazione, quindi non delegabili ad altri organi della Fondazione, rientrano:

- a) nomina ed eventuale revoca del Presidente, del Vicepresidente, del Direttore Generale e dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/2001;
- b) statuti e regolamenti della Fondazione;
- c) budget previsionali e bilanci consuntivi;
- d) piani programmatici annuali e pluriennali con assegnazione degli stanziamenti per il conseguimento degli obiettivi fissati;
- e) acquisti, permute, alienazioni, donazioni e contratti di comodato e locazione concernenti beni immobiliari;
- f) convenzioni con altri Enti;
- g) determinazione delle tariffe dei servizi;
- h) mutui e le spese che impegnino il bilancio per più esercizi.

Il Presidente, nominato dal Consiglio di Amministrazione nel proprio seno, resta in carica cinque anni, alla stregua degli altri componenti del Consiglio di Amministrazione. Tra le competenze del Presidente rientrano: la rappresentanza istituzionale della Fondazione di fronte a terzi e in giudizio, la convocazione del CdA, nonché la determinazione dell'ordine del giorno, la verifica del buon andamento della Fondazione e l'attuazione delle deliberazioni consiliari, confrontandosi con il Direttore Generale – Segretario e gli altri dirigenti.

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Vicepresidente, eletto dal CdA, sostituisce il Presidente in tutti i casi di vacanza, assenza o impedimento di quest'ultimo, attenendosi alle direttive impartite dal Presidente stesso e agli indirizzi del socio fondatore.

Il Direttore Generale- Segretario, viene nominato dal CdA e resta in carica per una durata pari a quella del CdA. Il Direttore Generale - Segretario ha la responsabilità della gestione ordinaria della Fondazione e svolge tutti i compiti non attribuiti esplicitamente dallo Statuto agli altri organi della Fondazione, e nello svolgimento degli stessi agisce in rappresentanza dell'Ente.

Al Direttore Generale, oltre ai poteri esercitati congiuntamente con il Presidente, spettano i seguenti incarichi gestionali:

- a) svolge compiti di collaborazione e funzioni di assistenza nei confronti degli organi della Fondazione e partecipa, con funzioni consultive, referenti e di verbalizzazione a tutte le riunioni del Consiglio di Amministrazione;
- b) coordina tutte le funzioni della Fondazione, dirige ed organizza il complesso dei servizi erogati dalla Fondazione e sovrintende all'attività dei vari apicali quale responsabile dell'integrazione delle attività amministrative-contabili, socioassistenziali e sanitarie;
- c) cura la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa della Fondazione;
- d) predisporre il Bilancio di previsione, il conto consuntivo e i principali atti contabili;
- e) collabora con gli organi istituzionali nella predisposizione dei piani strategici della Fondazione e nell'acquisizione delle risorse necessarie e definisce i piani operativi/gestionali assicurandone la realizzazione;
- f) è autorizzato alla firma di contratti e/o documenti giuridico-amministrativi.

2.4. Assetto organizzativo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus

Il Consiglio di Amministrazione nomina, come sopra precisato, il Direttore Generale al quale è attribuito il coordinamento delle attività operative e gestionali della Fondazione, nonché la qualifica di Datore di Lavoro.

Sono in *staff* Direttore Generale:

- Dirigenza dell'Ente, a sua volta costituita da Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario;

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

- Personale di Coordinamento.

L’organigramma della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus è parte integrante del presente Modello Organizzativo nella sua versione di volta in volta aggiornata (**Allegato 2**).

In ogni caso di modifica dell’organigramma, il Consiglio di Amministrazione dovrà valutare se le modifiche intervenute siano rilevanti al punto da determinare l’opportunità di aggiornare il Modello stesso.

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, nello svolgimento della propria attività socio – sanitaria ed assistenziale, si avvale dell’ausilio di risorse esterne, in particolare medici specialisti, che sulla base delle competenze e conoscenze tecniche forniscono assistenza medico – sanitaria agli ospiti dell’Ente.

CAPITOLO III

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO E METODOLOGIA SEGUITA PER LA SUA PREDISPOSIZIONE

3.1. Premessa

L’adozione e il costante aggiornamento di un modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 2001, oltre a rappresentare un presidio volto alla prevenzione di condotte illecite costituisce, se efficacemente attuato, uno strumento idoneo ad esimere l’Ente da responsabilità amministrativa.

La predisposizione di un modello organizzativo ha assunto, nel sistema sanitario lombardo, profili di obbligatorietà in forza delle D.G.R. n. 3540/2012, n. 1185/2013 e 2569/2014, le quali hanno previsto che, ai fini dell’accreditamento da parte dell’A.T.S., tutte le strutture di diritto privato che erogano un servizio sanitario debbano dotarsi di un modello organizzativo.

L’introduzione di un sistema di controllo dell’attività svolta dalla Fondazione, congiuntamente alla fissazione e divulgazione di principi etici, migliorando gli *standard* di comportamento adottati dalla Fondazione, assolvono una funzione normativa in quanto regolano comportamenti e decisioni di tutti coloro che quotidianamente operano in favore e/o per conto della Fondazione in conformità ai suddetti principi etici e standard di comportamento.

3.2. Il Progetto di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus per l’adozione del modello di organizzazione, gestione e controllo ex D. Lgs. n. 231/2001

La metodologia scelta per la realizzazione del Progetto, in termini di organizzazione, definizione delle modalità operative, strutturazione in fasi, assegnazione delle responsabilità tra le varie funzioni della Fondazione, è stata elaborata al fine di garantire la qualità e l’autorevolezza dei risultati.

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Progetto di definizione e adozione del Modello è stato articolato nelle fasi di seguito riportate:

- 1) Incontro preliminare con il Direttore Generale della Fondazione al fine di:
 - a) individuare e raccogliere la documentazione rilevante;
 - b) individuare le attività sensibili;
 - c) identificare i soggetti da intervistare per ottenere le informazioni relative alle singole attività sensibili;
 - d) pianificare le interviste.

- 2) Interviste ai soggetti individuati aventi ad oggetto la:
 - a) puntuale identificazione delle attività sensibili;
 - b) descrizione delle attività sensibili e delle funzioni coinvolte;
 - c) rilevazione dell’esistenza e dell’applicazione degli standard di controllo;

- 3) Verbalizzazione e condivisione delle interviste.

- 4) Elaborazione, in base agli esiti delle interviste e dell’analisi documentale, di una scheda di dettaglio per ogni attività sensibile contenente:
 - a) i reati ipotizzabili ove, rispetto all’attività, è stato rilevato il rischio astratto di commissione di un illecito riconducibile ai reati previsti dal D.Lgs. 231/2001;
 - b) il livello di esposizione al rischio di commissione di reati;
 - c) i protocolli di controllo, le prassi e le procedure previste dalla Regione Lombardia;
 - d) il rischio residuo di reato;
 - e) le attività di miglioramento.

- 5) Redazione del Modello organizzativo.

3.3. Il modello di organizzazione, gestione e controllo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus

Il D.Lgs. 231/2001 attribuisce, unitamente al verificarsi delle altre circostanze previste dagli artt. 6 e 7 dello stesso Decreto, un valore esimente all’adozione ed efficace

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

attuazione di modelli di organizzazione, gestione e controllo nella misura in cui questi ultimi risultino idonei a prevenire, con ragionevole certezza, la commissione, o la tentata commissione, degli illeciti richiamati.

Alla luce delle considerazioni che precedono, Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha predisposto un modello che tiene conto delle proprie peculiarità, in coerenza con il proprio sistema di *governance* in modo da valorizzare i controlli e gli organismi esistenti.

L’adozione del Modello, oltre che rispondente agli obblighi previsti dalla normativa regionale in forza delle Delibere sopra richiamate, è stata anzitutto ritenuta dalla Fondazione una scelta rispondente all’esigenza di assicurare condizioni di correttezza e di trasparenza nello svolgimento delle proprie attività e utile al fine di:

- istituire e/o rafforzare controlli che consentano alla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus di prevenire o di reagire tempestivamente per impedire la commissione di reati che comportino la responsabilità amministrativa dell’Ente, da parte di soggetti apicali e di persone sottoposte alla loro direzione o vigilanza;
- sensibilizzare, con le medesime finalità, tutti i soggetti che collaborano, a vario titolo, con la Fondazione, richiedendo loro, nei limiti delle attività svolte nell’interesse della stessa, di tenere condotte tali da non comportare il rischio di commissione dei reati;
- garantire la propria integrità, adottando gli adempimenti espressamente previsti dall’art. 6 del Decreto;
- migliorare l’efficacia e la trasparenza nella gestione dell’attività;
- determinare nel potenziale autore del reato la piena consapevolezza di commettere un illecito condannato e contrario agli interessi della Fondazione anche quando questa, apparentemente, potrebbe trarne vantaggio.

Il Modello, pertanto, rappresenta un insieme coerente di principi, procedure e disposizioni che: *i)* incidono sul funzionamento interno della Fondazione e sulle modalità con le quali la stessa si rapporta con l’esterno e *ii)* regolano la diligente gestione di un sistema di controllo delle attività sensibili, finalizzato a prevenire la commissione dei reati richiamati dal D.Lgs. n. 231 del 2001.

Il Modello, così come approvato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, comprende i seguenti elementi costitutivi:

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

- processo di individuazione delle attività nel cui ambito possono essere commessi i reati richiamati dal D.Lgs. n. 231/2001;
- previsione di *standard* di controllo in relazione alle attività sensibili individuate;
- processo di individuazione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- istituzione di un organismo di vigilanza cui sono attribuiti compiti e poteri adeguati alle funzioni previste dal Modello;
- flussi informativi da e verso l’organismo di vigilanza e specifici obblighi di informazione nei confronti dell’organismo di vigilanza;
- sistema disciplinare atto a sanzionare la violazione delle disposizioni contenute nel Modello;
- piano di formazione e comunicazione al personale dipendente e ad altri soggetti che interagiscono con la Fondazione;
- definizione dei criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello;
- predisposizione di un Codice Etico.

Si considerano, inoltre, parte integrante del Modello Organizzativo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus il sistema formalizzato di deleghe e poteri, nonché le procedure interne adottate.

Il Modello contiene:

I. nella parte generale, una descrizione:

- del quadro normativo di riferimento;
- della realtà, del sistema di *governance* e dell’assetto organizzativo dell’Ente;
- della metodologia adottata per le attività di *risk assessment* e *gap analysis*;
- delle modalità di individuazione e nomina dell’organismo di vigilanza della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, con specificazione di poteri, compiti e flussi informativi che lo riguardano;
- della funzione del sistema disciplinare e del relativo apparato sanzionatorio;
- del piano di formazione e comunicazione da adottare al fine di garantire la conoscenza delle misure e delle disposizioni del Modello;
- dei criteri di aggiornamento e adeguamento del Modello;

II. Modello si articola, poi, in sei parti speciali corrispondenti alle tipologie di reato cui, a vale della preliminare fase di *risk assessment*, è risultata esposta la Fondazione e contenenti la descrizione dei processi/attività ritenuti sensibili e dei relativi standard di controllo.

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Codice Etico (**Allegato 3**) che enuncia i principi etici e i valori che informano la cultura dell’Ente e che devono ispirare condotte e comportamenti di coloro che operano nell’interesse della Fondazione sia all’interno sia all’esterno dell’organizzazione. Tali principi e valori trovano coerenza nelle regole di comportamento contenute nel presente Modello.

CAPITOLO IV

L'ORGANISMO DI VIGILANZA

4.1. L'organismo di vigilanza della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus

Ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. a) e b) del D.Lgs. n. 231/2001, l'ente può essere esonerato dalla responsabilità amministrativa conseguente alla commissione di reati da parte dei soggetti indicati all'art. 5 del Decreto, se l'organo dirigente ha, fra l'altro:

- adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire i reati considerati;
- affidato il compito di vigilare continuativamente sull'attuazione e l'osservanza del Modello, nonché di promuoverne l'aggiornamento, ad un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo.

Il compito di vigilare continuativamente sulla diffusa ed efficace attuazione del Modello, sull'osservanza del medesimo da parte dei destinatari, nonché di proporre l'aggiornamento al fine di migliorarne l'efficienza di prevenzione dei reati e degli illeciti, è affidato a tale organismo istituito dalla Fondazione al proprio interno.

L'affidamento di suddetti compiti ad un organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, unitamente al corretto ed efficace svolgimento degli stessi, rappresenta, quindi, presupposto indispensabile per l'esonero dalla responsabilità amministrativa dell'ente prevista dal D.Lgs. n. 231/2001.

I requisiti principali dell'organismo di vigilanza, individuati dalle Linee Guida di Confindustria e della regione Lombardia, nonché richiesti dalle D.G.R. n. 3540/2012, n. 1185/2013 e 2569/2014, sono: autonomia, indipendenza professionalità e continuità d'azione.

In particolare, secondo tali Linee Guida *i)* i requisiti di autonomia ed indipendenza richiedono: l'inserimento dell'organismo di vigilanza *“come unità di staff in una posizione gerarchica la più elevata possibile”*, la previsione di un *“riporto”* sull'organismo di vigilanza al massimo vertice aziendale operativo, l'assenza, in capo all'organismo di vigilanza, di compiti operativi che – rendendolo partecipe di decisioni operative ed

attività operative – ne metterebbero a repentaglio l’obiettività di giudizio; ii) il requisito della professionalità va riferito al *“bagaglio di strumenti e tecniche”*¹¹ necessarie per svolgere efficacemente l’attività di vigilanza; iii) la continuità d’azione che garantisce un’efficace e costante attuazione del modello organizzativo ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001.

Inoltre, le stesse Linee guida dispongono che *“nel caso di composizione mista o con soggetti interni dell’Organismo, non essendo esigibile dai componenti di provenienza interna una totale indipendenza dall’ente, il grado di indipendenza dell’Organismo dovrà essere valutato nella sua globalità”*.

Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha optato per una soluzione che, tenuto conto delle finalità perseguite dalla legge, è in grado di assicurare, in relazione alle proprie dimensioni ed alla propria complessità organizzativa, l’effettività dei controlli cui l’organismo di vigilanza è preposto.

In ottemperanza al disposto dell’art. 6, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 231/2001 e alla luce delle indicazioni previste dalle Linee Guida, Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha individuato il proprio organismo di vigilanza (di seguito, anche, *“Organismo di Vigilanza”* o *“OdV”*) in un organismo collegiale con la partecipazione di tre componenti, di cui almeno uno esterno o comunque indipendenti dall’ente che devono possedere e documentare sia i requisiti di professionalità e competenza per lo svolgimento delle funzioni attribuite, sia requisiti personali di onorabilità e indipendenza fondamentali per la loro autonomia di azione.

¹¹*“Si tratta di tecniche specialistiche proprie di chi svolge attività “ispettiva”, ma anche consulenziale di analisi dei sistemi di controllo e di tipo giuridico e, più in particolare, penalistico”*. Confindustria, *Linee guida*, cit. In particolare, si tratta di tecniche che possono essere utilizzate:

- in via preventiva, per adottare - all’atto del disegno del modello organizzativo e delle successive modifiche - le misure più idonee a prevenire, con ragionevole certezza, la commissione dei reati in questione;
- correntemente, per verificare che i comportamenti quotidiani rispettino effettivamente quelli codificati;
- *a posteriori*, per accertare come si sia potuto verificare un reato delle specie in esame e chi lo abbia commesso.

A titolo esemplificativo, le Linee guida di Confindustria menzionano le seguenti tecniche:

- campionamento statistico;
- tecniche di analisi e valutazione dei rischi e misure per il loro contenimento (procedure autorizzative; meccanismi di contrapposizione di compiti);
- *flow-charting* di procedure e processi per l’individuazione dei punti di debolezza;
- tecniche di intervista e di elaborazione di questionari;
- elementi di psicologia;
- metodi per l’individuazione di frodi.

Peraltro, tra i componenti dell’Organismo di Vigilanza deve necessariamente essere presente un soggetto dotato di specifiche competenze in materia di diritto penale e di responsabilità amministrativa degli enti ex D.Lgs. n. 231 del 2001.

L’Organismo di Vigilanza, al fine di tutelare la propria autonomia, riporta direttamente al Consiglio di Amministrazione.

4.2. Principi generali in tema di istituzione, nomina e sostituzione dell’Organismo di Vigilanza

L’Organismo di Vigilanza di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus è istituito con delibera del Consiglio di Amministrazione e i suoi membri restano in carica per il periodo stabilito in sede di nomina e sono rieleggibili.

La nomina quale componente dell’Organismo di Vigilanza è condizionata alla presenza dei requisiti soggettivi di eleggibilità¹².

Nella scelta dei componenti gli unici criteri rilevanti sono quelli che attengono alla specifica professionalità e competenza richiesta per lo svolgimento delle funzioni dell’Organismo, all’onorabilità e all’assoluta autonomia e indipendenza rispetto alla Fondazione.

Il Consiglio di Amministrazione, in sede di nomina, deve dare atto della sussistenza dei requisiti di indipendenza, autonomia, onorabilità e professionalità dei membri dell’Organismo di Vigilanza¹³.

¹² “Allo scopo di assicurare l’effettiva sussistenza dei descritti requisiti, sia nel caso di un Organismo di vigilanza composto da una o più risorse interne che nell’ipotesi in cui esso sia composto, in via esclusiva o anche, da più figure esterne, sarà opportuno che i membri possiedano, oltre alle competenze professionali descritte, i requisiti soggettivi formali che garantiscano ulteriormente l’autonomia e l’indipendenza richiesta dal compito (es. onorabilità, assenza di conflitti di interessi e di relazioni di parentela con gli organi sociali e con il vertice, ecc.). Tali requisiti andranno specificati nel Modello organizzativo. I requisiti di autonomia, onorabilità e professionalità potranno anche essere definiti per rinvio a quanto previsto per altri settori della normativa societaria. Ciò vale, in particolare, quando si opti per una composizione plurisoggettiva dell’Organismo di vigilanza ed in esso vengano a concentrarsi tutte le diverse competenze professionali che concorrono al controllo della gestione sociale nel tradizionale modello di governo societario (es. un amministratore non esecutivo o indipendente membro del comitato per il controllo interno; un componente del Collegio sindacale; il preposto al controllo interno). In questi casi l’esistenza dei requisiti richiamati viene già assicurata, anche in assenza di ulteriori indicazioni, dalle caratteristiche personali e professionali richieste dall’ordinamento per gli amministratori indipendenti, per i sindaci e per il preposto ai controlli interni”. Confindustria, *Linee guida*, cit., nella versione definitiva aggiornata al 24 maggio 2004, 25 s.

All'atto del conferimento dell'incarico, il soggetto designato a ricoprire la carica di componente dell'Organismo di Vigilanza deve rilasciare una dichiarazione nella quale attesta l'assenza dei seguenti motivi di ineleggibilità:

- relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il quarto grado con componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori dei Conti della Fondazione; conflitti di interesse, anche potenziali, con la Fondazione tali da pregiudicare l'indipendenza richiesta dal ruolo e dai compiti propri dell'Organismo di Vigilanza;
- rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'Organismo di Vigilanza;
- sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta (il cd. patteggiamento), in Italia o all'estero, per i delitti richiamati dal D.Lgs. n. 231/2001 od altri delitti comunque incidenti sulla moralità professionale;
- condanna, con sentenza, anche non passata in giudicato, a una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- pendenza di un procedimento o pronuncia di decreto di applicazione di una misura di prevenzione di cui al D.Lgs. 159 del 6 settembre 2011 ovvero sussistenza delle cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni.

Laddove alcuno dei sopra richiamati motivi di ineleggibilità dovesse configurarsi a carico di un soggetto già nominato e fosse accertata da una delibera del Consiglio di Amministrazione, questi decadrà automaticamente dalla carica.

La revoca del conferimento d'incarico ad un componente dell'Organismo di Vigilanza e l'attribuzione di tali poteri ad altro soggetto idoneo, potrà avvenire soltanto per giusta causa (anche legata ad interventi di ristrutturazione organizzativa della Fondazione) mediante un'apposita delibera del Consiglio di Amministrazione.

A tal proposito, per "giusta causa" di revoca dall'incarico di membro dell'Organismo di Vigilanza si intende, a titolo esemplificativo e non limitativo:

¹³ Nel senso della necessità che il Consiglio di Amministrazione, al momento della nomina "*dia atto della sussistenza dei requisiti di indipendenza, autonomia, onorabilità e professionalità dei suoi membri*", Ordinanza 26 giugno 2007 Trib. Napoli, Ufficio del Giudice per le Indagini Preliminari, Sez. XXXIII.

- una grave negligenza nell’assolvimento dei compiti connessi all’incarico quale: l’omessa redazione della relazione informativa semestrale o della relazione riepilogativa annuale sull’attività svolta cui l’Organismo è tenuto; l’omessa redazione del programma di vigilanza;
- la “*omessa o insufficiente vigilanza*” da parte dell’Organismo di Vigilanza – secondo quanto previsto dall’art. 6, comma 1, lett. d) del D.Lgs. n. 231/2001 – risultante da una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, emessa nei confronti della Fondazione ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 ovvero da sentenza di applicazione della pena su richiesta;
- nel caso di membro interno, l’attribuzione di funzioni e responsabilità operative all’interno dell’organizzazione dell’ente incompatibili con i requisiti di “*autonomia e indipendenza*” e “*continuità di azione*” propri dell’Organismo di Vigilanza. In ogni caso qualsiasi provvedimento di disposizione di carattere organizzativo che lo riguardi (ad es. cessazione rapporto di lavoro, spostamento ad altro incarico, licenziamento, provvedimenti disciplinari, nomina di nuovo responsabile) dovrà essere portato a conoscenza del Consiglio di Amministrazione;
- nel caso di membro interno, il venir meno del rapporto di lavoro subordinato con la Fondazione;
- nel caso di membro esterno, gravi e accertati motivi di incompatibilità che ne vanifichino indipendenza e autonomia;
- il venir meno di anche uno solo dei requisiti di eleggibilità.

Nell’esercizio delle loro funzioni i componenti dell’OdV, non devono trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse derivanti da qualsivoglia ragione di natura personale, familiare o professionale. In tale ipotesi essi sono tenuti ad informare immediatamente gli altri membri dell’Organismo e devono astenersi dal partecipare alle relative deliberazioni.

Qualsiasi decisione riguardante i singoli membri o l’intero Organismo di Vigilanza relative a revoca, sostituzione o sospensione sono di esclusiva competenza del Consiglio di Amministrazione.

4.3. Funzioni e poteri dell’Organismo di Vigilanza

L’Organismo di Vigilanza dispone di autonomi poteri di iniziativa e di controllo nell’ambito della Fondazione, tali da consentire l’efficace espletamento dei compiti previsti nel Modello. A tal fine, l’Organismo di Vigilanza si dota di proprie regole di

funzionamento attraverso l’adozione di un apposito regolamento (Regolamento dell’OdV), portato a conoscenza del Consiglio di Amministrazione.

All’Organismo di Vigilanza non competono poteri di gestione o poteri decisionali relativi allo svolgimento delle attività della Fondazione, poteri organizzativi o di modifica della struttura dell’ente, né poteri sanzionatori.

Per lo svolgimento della propria funzione, all’Organismo di Vigilanza sono attribuiti i seguenti compiti e poteri:

- verificare l’adeguatezza del Modello rispetto alla prevenzione della commissione dei reati previsti dal Decreto, proponendone tempestivamente l’eventuale aggiornamento al Consiglio di Amministrazione;
- verificare, sulla base dell’analisi dei flussi informativi e delle segnalazioni di cui è destinatario, il rispetto del Codice Etico, delle regole di comportamento, dei protocolli di prevenzione e delle procedure previste dal Modello, rilevando eventuali scostamenti comportamentali;
- svolgere periodica attività ispettiva, secondo le modalità e le scadenze indicate nel Regolamento dell’OdV e dettagliate nel piano delle verifiche dell’OdV;
- proporre tempestivamente all’organo o alla funzione titolare del potere disciplinare l’adozione delle sanzioni in presenza di accertate violazioni del Modello e/o del Codice Etico;
- monitorare la definizione di programmi di formazione del personale aventi per oggetto il Modello e il Codice Etico, di cui al seguente cap. 6;
- fornire l’informativa nei confronti degli organi dell’ente in accordo con quanto definito al seguente punto 4.4.2;
- accedere liberamente presso qualsiasi unità organizzativa, senza necessità di preavviso, per richiedere ed acquisire informazioni, documentazione e dati ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti previsti dal Modello;
- accedere a tutte le informazioni concernenti le attività a rischio di reato, come meglio elencate e descritte nelle Parti Speciali del Modello;
- chiedere e ottenere informazioni o l’esibizione di documenti in merito alle attività a rischio di reato, laddove necessario, agli Amministratori, al Presidente e al Collegio dei Revisori dei Conti;
- chiedere e ottenere informazioni o l’esibizione di documenti, in merito alle attività a rischio, a collaboratori, consulenti e rappresentanti esterni alla

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

Fondazione e in genere a tutti i soggetti tenuti all’osservanza del Modello, secondo quanto indicato nei contratti o nei mandati che legano il soggetto esterno alla Fondazione;

- ricevere, per l’espletamento dei propri compiti di vigilanza sul funzionamento e l’attuazione del Modello, le informazioni previste in accordo con quanto indicato al successivo punto 4.4, dal presente Modello o, comunque, disposte dall’Organismo di Vigilanza;
- svolgere le proprie funzioni coordinandosi con i Referenti dei processi sensibili per tutti gli aspetti relativi alla implementazione delle procedure operative di attuazione del Modello;
- fornire il supporto richiesto nella interpretazione delle previsioni contenute nel Modello e della loro applicazione;
- formulare e sottoporre all’approvazione del Consiglio di Amministrazione la previsione di spesa necessaria al corretto svolgimento dei compiti assegnati, con assoluta indipendenza.

I componenti dell’Organismo di Vigilanza, nonché i soggetti dei quali l’OdV, a qualsiasi titolo, si avvale sono tenuti a rispettare l’obbligo di riservatezza su tutte le informazioni delle quali sono venuti a conoscenza nell’esercizio delle loro funzioni.

Nello svolgimento della propria attività l’Organismo può avvalersi delle funzioni presenti nell’Ente in virtù delle relative competenze.

Il Consiglio di Amministrazione di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus cura l’adeguata comunicazione alle diverse funzioni dei compiti dell’Organismo di Vigilanza e dei suoi poteri.

4.4. Obblighi di informazione nei confronti dell’Organismo di Vigilanza – Flussi informativi

Tutti i Destinatari del Modello comunicano all’Organismo di Vigilanza ogni informazione utile per agevolare lo svolgimento delle verifiche sulla corretta attuazione del Modello.

In particolare, qualora riscontrino ambiti di miglioramento nella definizione e/o nell’applicazione dei protocolli di prevenzione definiti nel presente Modello, redigono e trasmettono tempestivamente all’Organismo di Vigilanza una informativa contenente:

- a) una descrizione sullo stato di attuazione dei protocolli di prevenzione delle attività a rischio di propria competenza;
- b) una descrizione delle attività di verifica effettuate in merito all'attuazione dei protocolli di prevenzione e/o delle azioni di miglioramento dell'efficacia dagli stessi intraprese;
- c) l'indicazione motivata dell'eventuale necessità di modifiche ai protocolli di prevenzione e alle relative procedure di attuazione;
- d) gli eventuali ulteriori contenuti come potranno essere espressamente richiesti, di volta in volta, dall'OdV.

I Destinatari devono comunicare, con la necessaria tempestività, all'OdV tramite nota scritta, ogni informazione riguardante:

- a) l'emissione e/o aggiornamento dei documenti organizzativi;
- b) gli avvicendamenti nella responsabilità delle funzioni interessate dalle attività a rischio (gli organigramma in dotazione alla Fondazione);
- c) il sistema delle deleghe e procure ed ogni suo aggiornamento;
- d) gli elementi principali delle operazioni di natura straordinaria avviate e concluse;
- e) la stipula o il rinnovo dei contratti di prestazione e di servizi con altri enti di cui la Fondazione risulta essere socio fondatore;
- f) i rapporti predisposti dalle funzioni/organi di Controllo (compreso il Collegio dei Revisori dei Conti) nell'ambito delle loro attività di verifica, dai quali possano emergere fatti, atti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme del Decreto o delle previsioni del Modello e del Codice Etico;
- g) i procedimenti disciplinari avviati per violazioni del Modello, i provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti e le relative motivazioni, l'applicazione di sanzioni per violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite per la sua attuazione.

Tutti i dipendenti ed i membri degli organi della Fondazione devono segnalare all'OdV la commissione o la presunta commissione di reati di cui al Decreto di cui vengono a conoscenza, nonché ogni violazione o la presunta violazione del Codice Etico, del Modello o delle procedure stabilite in attuazione dello stesso di cui vengono a conoscenza. In ogni caso devono essere sempre oggetto di segnalazione:

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

- a) i provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, che possano coinvolgere la Fondazione;
- b) le richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti in caso di avvio di procedimento penale nei loro confronti.

I collaboratori e tutti i soggetti esterni alla Fondazione sono tenuti, nell’ambito dell’attività svolta per l’Ente, a segnalare direttamente all’OdV le informazioni di cui al capoverso precedente.

Tutti i dipendenti ed i membri degli organi della Fondazione possono chiedere chiarimenti all’OdV in merito alla corretta interpretazione/applicazione del presente Modello, dei protocolli di prevenzione, delle relative procedure di attuazione e del Codice Etico.

Al fine di consentire il puntuale rispetto delle previsioni di cui al presente paragrafo è istituita la casella di posta elettronica odv231@garibaldipogliani.com dedicata alla comunicazione nei confronti dell’Organismo di Vigilanza da parte dei dipendenti, dei membri degli organi della Fondazione e dei collaboratori esterni. Le segnalazioni possono essere comunicate anche oralmente o trasmesse tramite posta ad un membro dell’OdV o, comunque, all’Organismo presso la sede della Fondazione. Nel caso in cui le segnalazioni siano comunicate oralmente, il membro dell’OdV che le riceve redige verbale del colloquio. In ogni caso, provvede tempestivamente ad informare gli altri componenti dell’OdV.

Le segnalazioni sono conservate a cura dell’OdV secondo le modalità indicate nel Regolamento dell’OdV.

La Fondazione adotta misure idonee affinché sia sempre garantita la riservatezza circa l’identità di chi trasmette informazioni all’OdV. È vietata qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione nei confronti di coloro che effettuino in buona fede segnalazioni all’OdV. La Fondazione si riserva ogni azione contro chiunque effettui in mala fede segnalazioni non veritiere.

La violazione degli obblighi di informazione nei confronti dell’OdV di cui al presente punto, costituendo violazione del Modello, risulta assoggettata alle previsioni di cui al successivo Capitolo V *Il sistema disciplinare*.

4.4.1 Raccolta e conservazione delle informazioni

Ogni informazione, segnalazione, *report*, relazione previsti nel Modello sono conservati dall’Organismo di Vigilanza in un apposito archivio (informatico o cartaceo) per un periodo di almeno dieci anni.

I componenti dell’OdV cessati dalla carica, con l’assistenza dell’Ente, devono consentire un corretto trasferimento degli archivi ai componenti subentranti.

4.4.2 Reporting dell’Organismo di Vigilanza verso gli organi societari

L’Organismo di Vigilanza, salvo quanto diversamente stabilito dal presente Modello, riferisce al Consiglio di Amministrazione.

L’OdV, ogni qual volta lo ritenga opportuno e con le modalità indicate nel Regolamento dell’OdV, informa il Presidente del Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale in merito a circostanze e fatti significativi del proprio ufficio o ad eventuali urgenti criticità del Modello emerse nell’ambito dell’attività di vigilanza.

L’OdV redige, con cadenza almeno annuale, una relazione scritta al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori che deve contenere, quanto meno, le seguenti informazioni:

- la sintesi delle attività svolte dall’OdV nel periodo di riferimento;
- una descrizione delle eventuali problematiche sorte riguardo alle procedure operative di attuazione delle disposizioni del presente Modello;
- una descrizione delle eventuali nuove attività a rischio di reato individuate;
- il resoconto delle segnalazioni ricevute da soggetti interni ed esterni, ivi incluso quanto direttamente riscontrato, in ordine a presunte violazioni delle previsioni del presente Modello, dei protocolli di prevenzione e delle relative procedure di attuazione nonché alla violazione delle previsioni del Codice Etico, e l’esito delle conseguenti verifiche effettuate. Nel caso di violazioni del Codice Etico o del Modello da parte di un membro del Consiglio di Amministrazione o del Collegio dei Revisori, l’Organismo di Vigilanza provvede alle comunicazioni di cui al successivo punto 5.3 del presente Modello;

- informativa in merito all’eventuale commissione di reati rilevanti ai fini del Decreto;
- i provvedimenti disciplinari e le sanzioni eventualmente applicate dalla Fondazione, con riferimento alle violazioni delle previsioni del presente Modello, dei protocolli di prevenzione e delle relative procedure di attuazione nonché alle violazioni delle previsioni del Codice Etico;
- una valutazione complessiva del Modello con eventuali proposte di integrazioni, correzioni o modifiche;
- la segnalazione degli eventuali mutamenti del quadro normativo e/o significative modificazioni dell’assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività di impresa che richiedono un aggiornamento del Modello;
- la segnalazione dell’eventuale conflitto di interesse, anche potenziale, di cui al precedente punto 4.2;
- eventuali aggiornamenti sulla pianificazione delle verifiche;
- il rendiconto delle spese sostenute ed il preventivo proposto, su base annuale.

Il Consiglio di Amministrazione e il Collegio dei Revisori dei Conti hanno la facoltà di convocare in qualsiasi momento l’Organismo di Vigilanza, affinché quest’ultimo li informi in merito alle attività dell’ufficio.

CAPITOLO V

SISTEMA DISCIPLINARE

5.1. Funzione del sistema disciplinare

L’art. 6, comma 2, lett. e) e l’art. 7, comma 4, lett. b) del D.Lgs. n. 231 del 2001 indicano, quale condizione per un’efficace attuazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, l’introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello stesso.

Pertanto, la definizione di un adeguato sistema disciplinare costituisce un presupposto essenziale della valenza esimente del modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. n. 231 del 2001 rispetto alla responsabilità amministrativa degli enti.

Le sanzioni previste dal sistema disciplinare trovano applicazione in ogni caso di violazione delle disposizioni contenute nel presente Modello a prescindere dalla commissione di un reato e dallo svolgimento e dall’esito del procedimento penale eventualmente avviato dall’autorità giudiziaria¹⁴.

Le sanzioni disciplinari sono applicabili altresì in caso di violazione delle disposizioni contenute nel Codice Etico, parte integrante del presente Modello.

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, al fine di assicurare la rispondenza del Modello ai contenuti minimi dettati dal legislatore, ha inteso introdurre un sistema sanzionatorio commisurato alla posizione e al ruolo ricoperto dall’eventuale autore della violazione.

5.2. Misure nei confronti di lavoratori subordinati

¹⁴“La valutazione disciplinare dei comportamenti effettuata dai datori di lavoro, salvo, naturalmente, il successivo eventuale controllo del giudice del lavoro, non deve, infatti, necessariamente coincidere con la valutazione del giudice in sede penale, data l’autonomia della violazione del codice etico e delle procedure interne rispetto alla violazione di legge che comporta la commissione di un reato. Il datore di lavoro non è tenuto quindi, prima di agire, ad attendere il termine del procedimento penale eventualmente in corso. I principi di tempestività ed immediatezza della sanzione rendono infatti non soltanto non doveroso, ma altresì sconsigliabile ritardare l’irrogazione della sanzione disciplinare in attesa dell’esito del giudizio eventualmente instaurato davanti al giudice penale”. Confindustria, *Linee Guida*, cit., nella versione definitiva aggiornata al 24 maggio 2004, 19.

La violazione delle singole disposizioni e delle regole comportamentali di cui al presente Modello da parte dei dipendenti della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus costituisce sempre illecito disciplinare.

La Fondazione chiede ai propri dipendenti di segnalare eventuali violazioni e valuta positivamente l'eventuale contributo prestato, anche nel caso in cui il soggetto che ha effettuato la segnalazione abbia contribuito alla violazione segnalata.

Per l'accertamento delle violazioni riguardanti il Modello, i procedimenti disciplinari e l'applicazione delle relative sanzioni restano validi i poteri già conferiti al Presidente della Fondazione, nei limiti della delega e dei poteri attribuiti.

In relazione alla tipologia di sanzioni irrogabili, nel caso di rapporto di lavoro subordinato, qualsiasi procedimento sanzionatorio deve rispettare le procedure previste dall'art. 7¹⁵ dello Statuto dei Lavoratori, caratterizzato, oltre che dal principio di tipicità delle violazioni, anche dal principio di tipicità delle sanzioni.

5.3. Misure nei confronti di dipendenti non dirigenti

¹⁵ Ai sensi dell'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori – Sanzioni Disciplinari: *“Le norme disciplinari relative alle sanzioni alle infrazioni in relazione alle quali ciascuna di esse può essere applicata ed alle procedure di contestazione delle stesse, devono essere portate a conoscenza dei lavoratori mediante affissione in luogo accessibile a tutti. Esse devono applicare quanto in materia è stabilito da accordi e contratti di lavoro ove esistano. Il datore di lavoro non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa. Il lavoratore potrà farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Fermo restando quanto disposto dalla legge 15 luglio 1966, n. 604, non possono essere disposte sanzioni disciplinari che comportino mutamenti definitivi del rapporto di lavoro; inoltre la multa non può essere disposta per un importo superiore a quattro ore della retribuzione base e la sospensione dal servizio e dalla retribuzione per più di dieci giorni.*

In ogni caso, i provvedimenti disciplinari più gravi del rimprovero verbale non possano essere applicati prima che siano trascorsi cinque giorni dalla contestazione per iscritto del fatto che vi ha dato causa. Salvo analoghe procedure previste dai contratti collettivi di lavoro e ferma restando la facoltà di adire l'autorità giudiziaria, il lavoratore al quale sia stata applicata una sanzione disciplinare può promuovere, nei venti giorni successivi, anche per mezzo dell'associazione alla quale sia iscritto ovvero conferisca mandato, la costituzione, tramite l'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, di un collegio di conciliazione ed arbitrato, composto da un rappresentante di ciascuna delle parti e da un terzo membro scelto di comune accordo o, in difetto di accordo, nominato dal direttore dell'ufficio del lavoro. La sanzione disciplinare resta sospesa fino alla pronuncia da parte del collegio. Qualora il datore di lavoro non provveda, entro dieci giorni dall'invito rivolto dall'ufficio del lavoro, a nominare il proprio rappresentante in seno al collegio di cui al comma precedente, la sanzione disciplinare non ha effetto. Se il datore di lavoro adisce l'autorità giudiziaria, la sanzione disciplinare resta sospesa fino alla definizione del giudizio.

Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro applicazione.”

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

In conformità a quanto previsto dalla normativa rilevante e in ossequio ai principi di tipicità delle violazioni e delle relative sanzioni, la Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus porta a conoscenza dei propri dipendenti le disposizioni e le regole comportamentali contenute nel Modello, la violazione delle quali costituisce illecito disciplinare, nonché le misure sanzionatorie applicabili, in considerazione della gravità delle infrazioni e dell’eventuale recidiva.

Nei confronti dei lavoratori dipendenti sono irrogabili i provvedimenti disciplinari conformi a quanto previsto della normativa vigente e applicabile alla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, in particolare quanto disposto dall’art. 70 del Contratto Collettivo Nazionale “UNEBA” e dall’art. 25 del Contratto Collettivo Nazionale “Enti Locali”. Tali sanzioni disciplinari sono le seguenti:

- richiamo verbale;
- richiamo scritto;
- multa non superiore all’importo di quattro ore retributive (non superiore all’importo di tre ore retributive per dipendenti cui è applicato il CCNL “UNEBA”);
- sospensione dal lavoro e della retribuzione per un periodo non superiore a dieci giorni effettivi di lavoro;
- licenziamento disciplinare con o senza preavviso.

In particolare:

1. Incorre nel provvedimento di richiamo verbale il lavoratore che violi una delle procedure interne richiamate dal Modello (ad esempio, che non osservi le procedure prescritte, ometta di dare comunicazione all’Organismo di Vigilanza delle informazioni prescritte, ometta di svolgere controlli, ecc.), o adotti nell’espletamento di attività nelle aree sensibili un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso. Tali comportamenti costituiscono una mancata osservanza delle disposizioni impartite dalla Fondazione.
2. Incorre nel provvedimento dell’ammonizione scritta il lavoratore che nel violare le procedure interne previste dal Modello, o adottando nell’espletamento di attività nelle aree sensibili un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello, esponga l’integrità dei beni dell’ente ad una situazione di oggettivo pericolo. Tali comportamenti, posti in essere con la mancata osservanza delle disposizioni

impartite dalla Fondazione, determinano una situazione di pericolo per l'integrità dei beni dell'Ente e/o costituiscono atti contrari agli interessi dello stesso.

3. Incorre nel provvedimento della multa non superiore a 4 ore di retribuzione oraria calcolata sul minimo tabellare il lavoratore che nel violare le procedure interne previste dal Modello, o adottando nell'espletamento di attività nelle aree sensibili un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello, arrechi danno alla Fondazione compiendo atti contrari all'interesse della stessa, ovvero il lavoratore che sia recidivo nelle mancanze di cui ai punti 1 e 2. Tali comportamenti, posti in essere per la mancata osservanza delle disposizioni impartite dalla Fondazione, determinano un danno ai beni dell'Ente e/o costituiscono atti contrari agli interessi dello stesso.
4. Incorre nel provvedimento della sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni il lavoratore che adotti, nell'espletamento delle attività nelle aree sensibili, un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello e diretto in modo univoco al compimento di un reato sanzionato dal D.Lgs. n. 231/2001 ovvero il lavoratore che sia recidivo nelle mancanze di cui ai punti 1, 2 e 3. Tale comportamento costituisce una grave inosservanza delle disposizioni impartite dalla Fondazione e/o una grave violazione dell'obbligo del lavoratore di cooperare alla prosperità della Fondazione.
5. Incorre nel provvedimento del licenziamento il lavoratore che adotti nell'espletamento delle attività nelle aree sensibili un comportamento in violazione alle prescrizioni del Modello, tale da determinare la concreta applicazione a carico della Fondazione delle misure previste dal D.Lgs. n. 231/2001, ovvero il verificarsi delle infrazioni richiamate ai punti precedenti con la determinazione di un grave pregiudizio all'Ente stesso.

Il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sopra richiamate, è stabilito tenendo conto:

- dell'intenzionalità del comportamento o del grado di negligenza, imprudenza o imperizia con riguardo anche alla prevedibilità dell'evento;
- del comportamento complessivo del lavoratore con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo, nei limiti consentiti dalle legge;
- delle mansioni del lavoratore;
- della posizione funzionale delle persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza;
- delle altre particolari circostanze che accompagnano l'illecito disciplinare.

E' fatta salva la prerogativa di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus di chiedere il risarcimento dei danni derivanti dalla violazione del Modello da parte di un dipendente. Il risarcimento dei danni eventualmente richiesto sarà commisurato:

- a) al livello di responsabilità ed autonomia del dipendente, autore dell'illecito disciplinare;
- b) all'eventuale esistenza di precedenti disciplinari a carico dello stesso;
- c) al grado di intenzionalità del suo comportamento;
- d) alla gravità degli effetti del medesimo, con ciò intendendosi il livello di rischio cui la Fondazione ragionevolmente ritiene di essere stata esposta - ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 231/2001 - a seguito della condotta censurata.

In particolare, la gestione della procedura disciplinare compete al Direttore Generale, il quale garantirà adeguata informativa all'Organismo di Vigilanza.

5.4. Misure nei confronti dei dirigenti

I dirigenti della Fondazione, nello svolgimento della propria attività, hanno l'obbligo sia di rispettare sia di far rispettare ai propri collaboratori le prescrizioni contenute nel Modello e nel Codice Etico.

A titolo esemplificativo, sono da considerarsi sanzionabili per violazione delle disposizioni contenute del Modello i comportamenti illeciti posti in essere dal dirigente, il quale:

- ometta di vigilare sul personale da lui stesso gerarchicamente dipendente, affinché venga assicurato il rispetto delle disposizioni del Modello;
- non provveda a segnalare mancate osservanze e/o anomalie inerenti l'adempimento degli obblighi di cui al Modello tali da rendere inefficace il Modello stesso, con conseguente potenziale esposizione della Fondazione alla irrogazione di sanzioni di cui al D.Lgs. n. 231/2001;
- non provveda a segnalare all'Organismo di Vigilanza criticità inerenti lo svolgimento delle attività nelle aree a rischio reato, riscontrate in occasione del monitoraggio da parte delle autorità preposte;
- incorra egli stesso in una o più violazioni alle disposizioni del Modello, tali da comportare la commissione dei reati contemplati nel Modello, esponendo così l'Ente all'applicazione di sanzioni *ex* D.Lgs. n. 231/2001.

In caso di violazione delle disposizioni e delle regole comportamentali contenute nel Modello da parte di dirigenti, Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus adotta la misura ritenuta più idonea in conformità a quanto previsto dalla normativa applicabile. Se la violazione del Modello determina la sopravvenuta carenza del rapporto di fiducia tra la Fondazione e il Dirigente, la sanzione è individuata, a termini di legge e del CCNL di riferimento, nella risoluzione del rapporto di lavoro.

5.5. Misure nei confronti dei membri di Organi della Fondazione

In caso di violazioni delle disposizioni e delle regole comportamentali del Modello da parte di membri di organi della Fondazione, l’Organismo di Vigilanza dovrà tempestivamente informare l’intero Consiglio di Amministrazione e il Revisore dei Conti. I destinatari dell’informativa dell’OdV potranno assumere, sulla base di quanto previsto dallo Statuto, gli opportuni provvedimenti al fine di adottare le misure più idonee.

5.6. Misure nei confronti dell’Organismo di Vigilanza

In ipotesi di violazione delle regole previste dal Modello da parte dell’Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione assumerà di concerto con il Collegio dei Revisori dei Conti gli opportuni provvedimenti secondo le modalità previste dalla normativa vigente, inclusa la revoca dell’incarico e fatta salva l’eventuale richiesta risarcitoria.

Al fine di garantire il pieno esercizio del diritto di difesa, è previsto un termine entro il quale l’interessato possa far pervenire giustificazioni e/o scritti difensivi e possa essere ascoltato dal Consiglio di Amministrazione e dal Collegio dei Revisori dei Conti.

5.7. Misure nei confronti di collaboratori esterni

La violazione da parte di consulenti o altri soggetti aventi rapporti contrattuali con la Fondazione per lo svolgimento di attività ritenute sensibili delle disposizioni e delle regole di comportamento previste dal Modello agli stessi applicabili, o l’eventuale commissione dei reati contemplati dal D.Lgs. n. 231/2001 da parte degli stessi, sarà

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

sanzionata secondo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali inserite nei relativi contratti.

Tali clausole, facendo esplicito riferimento al rispetto delle disposizioni e delle regole di comportamento previste dal Modello e dal Codice Etico, potranno prevedere, ad esempio, l’obbligo, da parte di questi soggetti terzi, di non adottare atti o tenere comportamenti tali da determinare una violazione del Modello da parte della Fondazione.

In caso di violazione di tale obbligo, dovrà essere prevista la facoltà della Fondazione di risolvere il contratto con eventuale applicazione di penali.

Resta ovviamente salva la prerogativa della Fondazione di richiedere il risarcimento dei danni derivanti dalla violazione delle disposizioni e delle regole di comportamento previste dal Modello da parte dei suddetti soggetti terzi.

La Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus cura l’elaborazione e l’aggiornamento di specifiche clausole contrattuali che prevedano anche l’eventuale richiesta di risarcimento danni derivanti alla Fondazione dall’applicazione da parte del giudice delle misure previste dal D.Lgs. n. 231/2001.

CAPITOLO VI FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

6.1. Premessa

Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, al fine di dare efficace attuazione al presente Modello, si impegna a garantire una corretta divulgazione dei contenuti e dei principi dello stesso, all'interno ed all'esterno della propria organizzazione, predisponendo un adeguato piano di formazione.

I componenti del Consiglio di Amministrazione e i dipendenti della Fondazione sono tenuti obbligatoriamente a partecipare alle sessioni formative erogate dall'Ente stesso.

L'obiettivo della Fondazione è quello di comunicare i contenuti e i principi del Modello non solo ai propri dipendenti, ma altresì ai soggetti che operano – anche occasionalmente – per il conseguimento degli obiettivi della Fondazione in forza di rapporti contrattuali. Sono, infatti destinatari del Modello sia le persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione nella Fondazione, sia le persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei predetti soggetti (*ex art. 5 D.Lgs. n. 231/2001*), ma, anche, più in generale, tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi della Fondazione. Fra i destinatari del Modello sono, quindi, annoverati i componenti degli organi di governo dell'Ente, i soggetti coinvolti nelle funzioni dell'Organismo di Vigilanza, i dipendenti, i collaboratori ed i consulenti esterni.

La Fondazione, infatti, intende:

- determinare, in tutti coloro che operano in suo nome e per suo conto nelle “aree sensibili”, la consapevolezza di poter incorrere in un illecito passibile di sanzioni, nel caso di violazione delle disposizioni del Modello;
- informare tutti coloro che operano a qualsiasi titolo in suo nome, per suo conto o comunque nel suo interesse che la violazione delle prescrizioni contenute nel Modello comporterà l'applicazione di sanzioni ovvero la risoluzione del rapporto contrattuale;
- ribadire che Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus non tollera comportamenti illeciti, di qualsiasi tipo ed indipendentemente da qualsiasi finalità, in quanto tali comportamenti (anche nel caso in cui la Fondazione fosse apparentemente in

condizione di trarne vantaggio) sono comunque contrari ai principi etici cui l’Ente intende attenersi.

L’attività di comunicazione e formazione può essere diversificata, per una maggiore efficacia, a seconda dei destinatari cui essa si rivolge, ma è, in ogni caso, improntata a principi di completezza, chiarezza, accessibilità e continuità al fine di consentire ai diversi destinatari la piena consapevolezza di quelle disposizioni che sono tenuti a rispettare delle norme etiche che devono ispirare i loro comportamenti.

Tali soggetti destinatari sono tenuti a rispettare puntualmente tutte le disposizioni del Modello, anche in adempimento dei doveri di lealtà, correttezza e diligenza che scaturiscono dai rapporti giuridici instaurati dalla Fondazione.

L’attività di comunicazione e formazione è responsabilità della Direzione Amministrativa, con la supervisione dall’Organismo di Vigilanza, cui sono assegnati, tra gli altri, i compiti di promuovere le iniziative per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello, nonché per la formazione del personale e la sensibilizzazione dello stesso all’osservanza del Modello e di promuovere interventi di comunicazione e formazione sui contenuti del D.Lgs. n. 231/2001, sugli impatti della normativa sull’attività dell’ente e sulle norme comportamentali.

6.2. Dipendenti

Ogni dipendente è tenuto a: *i)* acquisire consapevolezza dei principi e contenuti del Modello; *ii)* conoscere le modalità operative con le quali deve essere realizzata la propria attività; *iii)* contribuire attivamente, in relazione al proprio ruolo e alle proprie responsabilità, all’efficace attuazione del Modello, segnalando eventuali carenze riscontrate nello stesso.

Al fine di garantire un’efficace e razionale attività di comunicazione, Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus promuove la conoscenza dei contenuti e dei principi del Modello e delle procedure interne agli stessi applicabili a seconda della posizione e del ruolo ricoperto.

Ai dipendenti e ai nuovi assunti viene consegnata copia del presente Modello e del Codice Etico o viene garantita la possibilità di consultarli in copia cartacea presso l’Ufficio Amministrativo.

In ogni caso, per i dipendenti che non hanno accesso alla rete informatica dell'Ente, tale documentazione dovrà loro essere messa a disposizione con mezzi alternativi, quali ad esempio l'allegazione al cedolino paga, la trasmissione a mezzo mail o con l'affissione nelle bacheche.

La comunicazione e la formazione sui principi e contenuti del Modello sono garantite dai responsabili delle singole funzioni che, secondo quanto condiviso e monitorato dall'Organismo di Vigilanza, identificano la migliore modalità di fruizione di tali servizi.

L'Organismo di Vigilanza monitora il livello di recepimento del Modello attraverso periodiche specifiche verifiche.

6.3. Componenti degli organi di governo dell'ente e soggetti con funzioni di rappresentanza della Fondazione

Ai componenti degli organi della Fondazione e ai soggetti con funzioni di rappresentanza della medesima è resa disponibile copia del Modello e del Codice Etico al momento dell'accettazione della carica loro conferita, con contestuale sottoscrizione di una dichiarazione di osservanza dei principi in essi contenuti.

Idonei strumenti di comunicazione sono adottati per informare tali soggetti di eventuali modifiche apportate al Modello, nonché di ogni rilevante cambiamento procedurale, normativo o organizzativo.

6.4. Altri destinatari

L'attività di comunicazione dei contenuti e dei principi del Modello è indirizzata, per quanto di competenza, anche ai soggetti terzi che intrattengano con la Fondazione rapporti di collaborazione o consulenza (es. consulenti o altri collaboratori autonomi) con particolare riferimento a quelli che operano nell'ambito di attività ritenute sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001.

A tal fine, la Fondazione fornisce ai soggetti terzi il Codice Etico ed, eventualmente, un estratto del Modello, a seconda dell'effettiva necessità in relazione alle aree sensibili in cui svolgono le loro attività.

CAPITOLO VII
ADOZIONE DEL MODELLO – CRITERI DI AGGIORNAMENTO E
ADEGUAMENTO DEL MODELLO

7.1. Adozione, aggiornamento ed adeguamento del Modello

Il Consiglio di Amministrazione delibera in merito all’adozione, all’aggiornamento del Modello e al suo adeguamento in relazione a modifiche e/o integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di:

- i) modifiche normative;
- ii) modificazioni dell’assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività dell’Ente;
- iii) risultanze dei controlli;
- iv) significative violazioni delle prescrizioni del Modello.

Una volta approvate, le modifiche e le istruzioni per la loro immediata applicazione sono comunicate al Presidente del CdA, il quale, a sua volta, provvederà, con il supporto dell’Organismo di Vigilanza, a rendere le stesse modifiche operative e a curare la corretta comunicazione dei contenuti all’interno e all’esterno della Fondazione.

In particolare, al fine di garantire che gli aggiornamenti del Modello siano operati con la necessaria tempestività ed efficacia -senza al contempo incorrere in difetti di coordinamento tra i processi operativi, le prescrizioni contenute nel Modello e la diffusione delle stesse - agli stessi può provvedere direttamente il Presidente, coadiuvato dal Direttore Generale, qualora si tratti di modifiche al Modello attinenti ad aspetti di carattere meramente descrittivo.

Si precisa che con l'espressione “aspetti di carattere descrittivo” si fa riferimento ad elementi ed informazioni che derivano da atti deliberati dal Consiglio di Amministrazione (come, ad esempio la ridefinizione dell’organigramma) o da funzioni dell’ente munite di specifica delega (es. nuove procedure).

Rimane, in ogni caso, di esclusiva competenza del Consiglio di Amministrazione la delibera di aggiornamenti e/o di adeguamenti del Modello dovuti ai seguenti fattori:

- modifiche normative in tema di responsabilità amministrativa degli enti;

MODELLO ORGANIZZATIVO

- identificazione di nuove attività sensibili, o variazione di quelle precedentemente identificate, anche eventualmente connesse all’avvio di nuove attività della Fondazione;
- formulazione di osservazioni da parte del Ministero della Giustizia sulle Linee Guida a norma dell’art. 6 del D.Lgs. n. 231/2001 e degli artt. 5 e ss. del D.M. 26 giugno 2003, n. 201;
- commissione dei reati richiamati dal D.Lgs. n. 231/2001 da parte dei destinatari delle previsioni del Modello o, più in generale, di significative violazioni del Modello;
- riscontro di carenze e/o lacune nelle previsioni del Modello a seguito di verifiche sull’efficacia del medesimo.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

**PARTE SPECIALE N. 1
"REATI COMMESSI NEI RAPPORTI
CON LA P.A."**

PARTE SPECIALE N. 1 "REATI COMMESSI NEI RAPPORTI CON LA P.A."

La presente Parte Speciale contiene per ciascuna attività sensibile individuata i protocolli richiesti dall'art. 6, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 231/2001.

Inoltre, in ottemperanza alle disposizioni previste dalla Legge n. 190 del 6 novembre 2012, cui la Fondazione è soggetta in quanto ente di diritto privato partecipato e controllato integralmente da una Pubblica Amministrazione locale e nello specifico dai Comuni di Cantù, Capiago Intimiano, Brenna, Carimate, Cermenate, Cucciago, Figino Serenza e Novedrate.

Tutti i Destinatari della presente Parte Speciale sono tenuti ad adottare comportamenti conformi a quanto di seguito formulato, al fine di prevenire la commissione dei reati previsti.

Nello specifico, la presente Parte Speciale ha lo scopo di:

- indicare le regole di condotta che i Destinatari sono chiamati ad osservare nelle attività sensibili individuate;
- indicare all'Organismo di Vigilanza e ai responsabili delle altre funzioni dell'Ente che cooperano con esso le aree sulle quali esercitare l'attività di controllo, monitoraggio e verifica.

In particolare, sono qui previsti e disciplinati standard di controllo generali, applicabili a tutti i processi ritenuti sensibili, e specifici, cioè applicabili al singolo processo esaminato.

Per le violazioni dei protocolli si applica il sistema sanzionatorio previsto nel Capitolo V della Parte Generale.

1. I Reati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione

La presente Parte Speciale fa riferimento ai reati nei rapporti con la P.A. come previsti dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. n. 231 del 2001, ossia:

- *Malversazione a danno dello Stato o dell'Unione Europea ex art. 316-bis c.p.;*
- *Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato ex art. 316-ter c.p.;*

Fondazione Onlus “Garibaldi-Pogliani”
MODELLO ORGANIZZATIVO

- *Truffa aggravata in danno dello Stato o di altro Ente pubblico ex art. 640, comma 2, n. 1 c.p.;*
- *Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche ex art. 640-bis c.p.;*
- *Frode informatica in danno dello Stato o di altro Ente pubblico ex art. 640-ter c.p.;*
- *Concussione ex art. 317 c.p.;*
- *Corruzione per l’esercizio della funzione ex art. 318 c.p.;*
- *Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio ex art. 319 c.p.;*
- *Concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi della Comunità Europea e di funzionari delle Comunità Europee e degli Stati esteri ex art. 322-bis c.p.;*
- *Corruzione in atti giudiziari ex art. 319-ter c.p.;*
- *Induzione indebita a dare o promettere utilità ex art. 319-quater c.p.;*
- *Corruzione di persona incaricata di un Pubblico Servizio ex art. 320 c.p.;*
- *Istigazione alla corruzione ex art. 322 c.p.;*
- *Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all’autorità giudiziaria ex art. 377-bis c.p.*

2. Nozione di Pubblico Ufficiale e incaricato di Pubblico Servizio

Gli artt. 357 e 358 del codice penale definiscono, agli effetti della legge penale che rilevano in questa sede, le figure di Pubblico Ufficiale e di Incaricato di Pubblico Servizio.

Ai sensi dell’art. 357 c.p. “agli effetti della legge penale è Pubblico Ufficiale colui che svolge una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione attraverso poteri autoritativi o certificativi”.

L’art. 358 c.p. invece stabilisce che “agli effetti della legge penale, sono incaricati di pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un’attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest’ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”.

A titolo esemplificativo, si possono indicare quali soggetti della Pubblica Amministrazione, i seguenti enti o categorie di enti:

- ATS;
- INPS;
- INAIL;
- A.N.AC.
- Regioni, Province, Comuni, Comunità montane e loro consorzi e associazioni;
- Forze dell’ordine;
- Autorità Giudiziaria;
- Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
- Agenzia delle Entrate;
- Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Ministeri e Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Presidenza della Repubblica Italiana.

3. Attività sensibili nei rapporti con la Pubblica Amministrazione

Nel corso dei lavori eseguiti per la redazione e l’aggiornamento del presente Modello, sono state individuate le attività nel cui ambito potrebbero astrattamente realizzarsi le fattispecie di reato sopra richiamate.

Tali attività sono state elencate e sinteticamente descritte qui di seguito:

P.A. 1 – Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l’ottenimento di autorizzazioni, licenze e accreditamenti per l’esercizio delle attività della Fondazione

Si intendono le attività poste in essere al fine di ottenere autorizzazioni, concessioni, permessi e accreditamenti di cui la Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus necessita per lo svolgimento della propria attività.

In particolare, si fa riferimento al rapporto contrattuale che la Fondazione intrattiene con l’ATS di Como in relazione all’erogazione del servizio assistenziale e socio – sanitario.

Il processo è gestito dal Presidente, in quanto Legale Rappresentante e dalla Direzione Generale.

P.A. 2 - Negoziazione, stipulazione ed esecuzione dei contratti/convenzioni con soggetti pubblici

Si tratta di attività relative alla partecipazione a gare ad evidenza pubblica o all'affidamento di incarichi da parte della Pubblica Amministrazione per l'esecuzione di contratti di appalto o di altro genere.

L'attività coinvolge la Presidenza con riferimento alla sottoscrizione dei contratti e/o convenzioni (poi archiviati presso l'Area Amministrativa), nonché la Direzione Generale e Amministrativa, in base alle rispettive competenze, per la gestione operativa di tali contratti.

P.A. 3 – Gestione di adempimenti, verifiche e ispezioni da parte di Autorità Pubbliche

Il processo concerne le attività poste in essere in occasione di visite ispettive da parte di esponenti della Pubblica Amministrazione (es. ATS; INAIL; Vigili del Fuoco; Guardia di Finanza Ufficio Tributario del Comune ecc.) volte all'esecuzione di accertamenti ovvero verifiche sul corretto operato della Fondazione ed il rispetto delle normative vigenti da parte della stessa.

Il processo coinvolge la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria della Struttura, nonché tutte le funzioni di volta in volta interessate dall'oggetto della visita ispettiva o che, comunque, possono fornire un migliore supporto nell'ambito della stessa.

P.A. 4 – Gestione delle tariffazioni e fatturazioni alla Pubblica Amministrazione e trasmissione dei flussi alla Regione Lombardia

Il processo riguarda l'attività relativa alla generazione delle fatture emesse dalla Fondazione per le prestazioni erogate dalla stessa in regime di accreditamento con particolare riferimento alle modalità di accesso al Sistema Informativo Socio – Sanitario (cd. “carte SISS”) per la trasmissione della documentazione rilevante all'ATS di Como.

Il processo coinvolge la Direzione Sanitaria e quella Amministrativa. La trasmissione dei flussi è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

P.A. 5 – Gestione dei contenziosi giudiziali e stragiudiziali

Il processo riguarda l'attività relativa alla gestione di contenziosi giudiziali e stragiudiziali in materia di diritto del lavoro, civile, amministrativo, tributario, penale. Tale attività è di competenza del Presidente della Fondazione, in qualità di legale rappresentante, con il supporto di consulenti legali esterni.

4. Altri processi sensibili (Strumentali)

Oltre alla descrizione e all’analisi di processi che direttamente investono il rischio di commissione dei reati previsti nella presente Parte Speciale, è opportuno indicare, altresì, altri processi della Fondazione nel cui ambito di esecuzione potrebbero essere realizzate condotte ovvero creati presupposti per la commissione dei reati di cui sopra:

P.A.S. 1 – Gestione degli Approvvigionamenti di beni e servizi

Il processo di approvvigionamento ha ad oggetto l’acquisto di beni, servizi e prestazioni, funzionali e non all’esercizio delle attività della Fondazione.

Gli acquisti di beni di consumo di modico valore vengono effettuati dall’Ufficio Amministrazione previa esibizione dell’ordine di acquisto recante la firma della funzione preposta. Tutti gli acquisti sono comunque effettuati entro i limiti di *budget* definiti annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Per garantire una maggiore efficienza nella gestione del processo di approvvigionamento, il Responsabile di Reparto, avvalendosi del supporto della Direzione Sanitaria per quanto di sua competenza, effettua un monitoraggio e una revisione periodica in merito ai fornitori selezionati e ai beni/servizi acquistati.

Per i cd. approvvigionamenti *extra budget*, la Direzione Sanitaria e/o la Direzione Generale devono avanzare apposita richiesta di acquisto al Consiglio di Amministrazione.

La scelta di appaltare determinati servizi a soggetti terzi sottostà a necessaria approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

P.A.S. 2 – Flussi Finanziari (Pagamenti e Incassi)

L’attività riguarda la gestione e il monitoraggio dei flussi finanziari in entrata e in uscita, nonché la riconciliazione della banca con le risultanze della contabilità generale della Fondazione.

Il processo coinvolge da un punto di vista operativo l’Ufficio Amministrazione, sotto la direzione del Responsabile Controllo di Gestione, e da un punto di vista autorizzativo la Direzione Generale.

P.A.S. 3 – Selezione e gestione del personale

Il processo riguarda le attività relative alla selezione e gestione delle figure professionali operanti all'interno della Fondazione e necessarie allo svolgimento dell'attività dell'Ente. Il processo – in base al professionista che la Fondazione intende assumere o con il quale intende collaborare – è di competenza del Direttore Generale e del Responsabile Gestione Risorse Umane, con il supporto del Direttore Sanitario.

La selezione del personale sanitario avviene attraverso una prova scritta, corretta da una commissione appositamente costituita e formata dai Caposala, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Generale.

La selezione del personale amministrativo è gestita dal Direttore Generale e dall'Ufficio Controllo di Gestione.

La selezione dei liberi professionisti in ambito sanitario avviene nello stesso modo: il Direttore Sanitario effettua i colloqui in compagnia di un collaboratore, in modo da non rimanere mai soli con il candidato.

5. Regole di controllo

Il sistema di controllo perfezionato dalla Fondazione prevede con riferimento ai processi sensibili individuati:

- principi di controllo “generali”, costituiti da indicazioni di comportamento applicabili a tutte le attività sensibili individuate;
- principi di controllo “specifici”, declinati per ogni singola attività sensibile.

6.1. Principi generali di controllo

La presente Parte Speciale prevede l'espresso obbligo a carico di dipendenti, operatori sanitari, dirigenti, collaboratori esterni – attraverso apposite clausole contrattuali – di rispettare i seguenti principi di controllo generali:

- osservanza di tutte le leggi e i regolamenti che disciplinano l’attività della Fondazione, con specifico riferimento alle attività che comportano contatti e rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- instaurazione e mantenimento dei rapporti con la Pubblica Amministrazione secondo criteri di massima correttezza e trasparenza.

In conformità di tali principi:

- è espressamente vietato effettuare o acconsentire ad elargizioni o promesse di denaro, beni o altre utilità di qualsiasi genere ad esponenti della Pubblica Amministrazione o a soggetti terzi da questi indicati o che abbiano con questi rapporti diretti o indiretti di qualsiasi natura, al fine di ottenere favori indebiti o benefici in violazione di norme di legge;
- non devono essere prese in esame eventuali segnalazioni provenienti da esponenti della Pubblica Amministrazione volte a indurre l’assunzione di una persona presso la Fondazione come corrispettivo per un vantaggio indebito per la Fondazione ad opera della stessa Pubblica Amministrazione;
- non devono essere prese in considerazione richieste di sponsorizzazioni, contributi elettorali, trattamenti privilegiati provenienti da esponenti della Pubblica Amministrazione;
- è fatto espresso divieto di distribuire omaggi, regali o prestazioni di qualsiasi natura eccedenti le normali pratiche di cortesia, al fine di acquisire trattamenti di favore indebiti o non dovuti nella conduzione di qualsiasi attività operativa di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus. In particolare, è vietata qualsiasi forma di regalo a funzionari pubblici italiani ed esteri o a loro familiari o a soggetti da loro indicati, che possa influenzarne l’indipendenza di giudizio o indurli ad assicurare un qualsiasi indebito vantaggio per la Fondazione;
- gli omaggi consentiti si devono caratterizzare sempre per l’esiguità del loro valore economico che non deve essere superiore a quanto espressamente previsto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici adottato dal singolo ente pubblico con il quale la Fondazione intrattiene rapporti;
- è espressamente vietato selezionare collaboratori esterni per ragioni diverse da quelle connesse a necessità, professionalità ed economicità della prestazione o del servizio e riconoscere ad essi compensi che non trovino adeguata giustificazione nel contesto del rapporto in essere e nel valore effettivo della prestazione;

- è fatto espresso divieto di presentare dichiarazioni non veritiere o incomplete, o comunque indurre in errore, organismi pubblici nazionali o comunitari al fine di conseguire erogazioni pubbliche, contributi o finanziamenti agevolati;
- è fatto espresso divieto di destinare somme ricevute da organismi pubblici nazionali o comunitari a titolo di erogazioni, contributi o finanziamenti per scopi diversi da quelli cui erano destinati;
- è fatto espresso divieto di accedere senza autorizzazione ai sistemi informatici della Pubblica Amministrazione per ottenere e/o modificare dati o informazioni nell’interesse o a vantaggio della Fondazione.

6.2. Principi specifici di controllo

I principi di controllo di carattere specifico sono di seguito indicati e sono descritti in corrispondenza di ciascun processo sensibile:

- **Esistenza di procedure/linee guida formalizzate:** esistenza di procedure formalizzate idonee a fornire principi di comportamento, modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante;
- **Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici:** verificabilità *ex post* del processo di decisione, autorizzazione e svolgimento dell’attività sensibile, anche tramite apposite evidenze archiviate e, in ogni caso, dettagliata disciplina della possibilità di ricostruire registrazioni eventualmente cancellate o distrutte;
- **Separazione dei compiti:** separazione delle attività di autorizzazione, esecuzione e controllo relative ai singoli passaggi in cui si articola l’attività descritta, in modo tale che nessuno possa gestire in autonomia l’intero svolgimento del processo;
- **Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate:** formalizzazione dei poteri di firma e rappresentanza coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate (prevedendo, ove necessario, indicazione delle soglie di approvazione delle spese) e chiaramente definiti e conosciuti all’interno della Fondazione.

7. I Processi Sensibili

P.A. 1 – Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di autorizzazioni, licenze e accreditamenti per l'esercizio delle attività della Fondazione:

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: il processo è regolato da una prassi operativa costantemente seguita da tutti gli operatori: *i)* il Direttore Generale, gestisce i rapporti con gli enti pubblici relativi alle autorizzazioni necessarie per l'esercizio dell'attività della Fondazione e per il rinnovo annuale dell'accreditamento al SSN da parte dell'ATS di Como; *ii)* al Presidente o al Direttore Generale, in qualità di legali rappresentanti dell'Ente, compete il potere di sottoscrizione dei documenti o delle richieste indirizzate alla PA nonché del contratto di accreditamento; *iii)* la gestione operativa dei rapporti con la PA è di competenza del Direttore Generale; *iv)* nell'esercizio di tale attività il Direttore Generale si avvale anche del supporto del Direttore Sanitario; *v)* il Consiglio di Amministrazione, titolare del potere di indirizzo e di quello autorizzativo, è costantemente aggiornato sullo stato dei rapporti con i soggetti pubblici.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante (es. licenze, provvedimenti amministrativi, autorizzazioni, contratti). L'archiviazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: secondo quanto previsto dalla normativa interna, i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i)* il Presidente cura l'attività autorizzativa; *ii)* il Direttore Generale e il Direttore Amministrativo, con il supporto del Direttore Sanitario, curano le attività esecutive; *iii)* il Consiglio di Amministrazione cura il controllo sulle attività svolte.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A. 2 - Negoziazione, stipulazione ed esecuzione dei contratti/convenzioni con soggetti pubblici

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: il processo è regolato da una prassi operativa seguita da tutti gli operatori della Fondazione. I ruoli e le responsabilità del personale coinvolto nella gestione dell'attività sono definiti come segue: *i)* il Consiglio di Amministrazione, in quanto organo di indirizzo amministrativo della Fondazione, determina i criteri con cui svolgere le attività relative al processo in esame; *ii)* il Presidente, in forza della sua qualifica di legale rappresentante dell'ente cura i rapporti con gli Enti Pubblici, anche delegando il Direttore Generale alla sottoscrizione dei relativi contratti/convenzioni; *iii)* la gestione operativa dei contratti e delle convenzioni stipulate con la Pubblica Amministrazione spetta al Direttore Generale; *iv)* tutte le comunicazioni con l'ente pubblico sono portate a conoscenza del Consiglio di Amministrazione; *v)* la gestione dei profili contabili connessi all'esecuzione dei contratti è di competenza dell'Ufficio Amministrativo; *v)* tutte le comunicazioni intrattenute con la P.A. sono debitamente archiviate.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante (es. contratti, convenzioni). L'archiviazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: secondo quanto previsto dalla normativa interna, i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i)* il Presidente e il Consiglio di Amministrazione, oltre al Direttore Generale, curano le attività autorizzative; *ii)* L'Ufficio Amministrativo cura le attività esecutive; *iii)* il Presidente cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A. 3 – Gestione di adempimenti, verifiche e ispezioni da parte di Autorità Pubbliche

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: L'attività ispettiva svolta dalle Autorità Pubbliche e, in particolare, dall'ATS competente per territorio (ATS di Como) è curata dal Direttore Generale e dal Direttore Sanitario e, in ogni caso, dalle funzioni di volta in volta coinvolte dall'oggetto della specifica visita ispettiva. L'attività viene svolta come segue: *i)* al momento dell'accesso della pubblica autorità presso la sede della Fondazione, la Segreteria accerta la qualifica dei Pubblici Ufficiali e avverte il Direttore

Generale e il Direttore Sanitario e qualora presente, anche il Presidente; *ii*) la visita ispettiva è sempre svolta almeno alla presenza di due soggetti; *iii*) il potere di sottoscrivere i verbali conclusivi delle ispezioni spetta al Direttore Generale e al Direttore Sanitario; *iv*) il Direttore Generale o, in sua assenza, i soggetti dallo stesso delegati informano tempestivamente l’Organismo di Vigilanza sull’inizio di ogni attività ispettiva, mediante apposita comunicazione interna; *v*) il verbale conclusivo dell’ispezione è trasmesso, a cura del Direttore Generale, al Consiglio di Amministrazione; *vi*) il Presidente, sentito il CdA, dispone lo svolgimento di approfondite indagini interne qualora sussistano comportamenti che evidenziano un fondato pericolo di violazione, ovvero che costituiscono di per sé una violazione delle disposizioni previste dal Modello e comunica all’Organismo di Vigilanza dette circostanze, nonché eventuali aree di rischio identificate.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (es. verbali visite ispettive, eventuali contestazioni ricevute). L’archiviazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: La normativa interna prevede la segregazione tra: *i*) le attività di assistenza operativa ai Pubblici Ufficiali in occasione delle visite ispettive svolte dal soggetto incaricato; *ii*) le attività di controllo svolte dal Direttore Generale e/o dal Direttore Sanitario; *iii*) le attività di autorizzazione spettanti al legale rappresentante o altro soggetto delegato.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A. 4 – Gestione delle tariffazioni e fatturazioni alla Pubblica Amministrazione e trasmissione flussi alla Regione Lombardia

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: l’attività sensibile in esame viene gestita come segue: *i*) il processo di fatturazione all’ATS di Como è adempiuto mensilmente dall’Ufficio Amministrativo della Fondazione con la produzione di note rappresentative della quota di acconto del budget finale; *ii*) il medico sottoscrive e inserisce i dati SOSIA, definiti e aggiornati periodicamente a seguito di riunioni collegiali, all’interno dell’apposito sistema gestionale; *iii*) al fine di formare il flusso da

trasmettere all’ATS i dati vengono estrapolati dal medesimo gestionale dall’Ufficio Amministrativo; *iv*) le addette dell’Ufficio Amministrativo provvedono alla verifica della correttezza dei dati inseriti e avvisano il Direttore Generale o il Direttore Sanitario in caso di dubbi; *v*) l’estratto dei flussi viene sottoposto alla firma del Presidente o del Direttore Generale, che autorizzano l’invio del flusso; *vi*) l’Ufficio Amministrativo (nella persona dell’addetto agli ospiti) provvede a trasmettere i dati predisposti all’ATS di riferimento, attraverso l’accesso al Sistema Informativo Socio – Sanitario tramite l’utilizzo delle apposite carte SISS.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante. L’archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i*) il Presidente e il Direttore Generale curano le attività autorizzative; *ii*) l’Ufficio Amministrativo e la Direzione Sanitaria curano le attività esecutive; *iii*) il Direttore Generale e il Direttore Sanitario curano le attività di controllo, in base alle rispettive competenze.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A. 5 – Gestione dei contenziosi giudiziari e stragiudiziali

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: il processo sensibile in esame viene gestito come segue: *i*) il Presidente, in quanto legale rappresentante, ha il potere di rappresentare la Fondazione nei confronti dell’Autorità Giudiziaria; *ii*) qualora se ne ravvisi la necessità, il Direttore Generale, di concerto con il Presidente, provvede a individuare il consulente legale esterno secondo i parametri di competenza, professionalità e onorabilità e previa acquisizione della documentazione necessaria e prevista della procedura approvvigionamenti; *iii*) il consulente legale incaricato informa periodicamente il Presidente e il Direttore Generale sullo stato della controversia, sulla eventuale possibilità e sulle modalità di definizione della stessa in via stragiudiziale; *iv*) l’Organismo di Vigilanza viene costantemente aggiornato circa il numero, la natura e lo

stato dei procedimenti in corso; v) il Presidente, previo parere del Consiglio di Amministrazione, ha il potere di sottoscrivere eventuali accordi transattivi.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante (es. contratto di conferimento dell'incarico). L'archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Presidente e il Direttore Generale curano le attività autorizzative; ii) il consulente legale esterno cura l'attività esecutiva, coadiuvato, laddove necessario, dal personale della Fondazione; iii) il Presidente/il Consiglio di Amministrazione cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

1. Altre attività sensibili (Strumentali)

P.A.S. 1 – Gestione degli Approvvigionamenti di beni e servizi

Esistenza di procedure/linee guide formalizzate: gli acquisti disposti dalla Fondazione hanno ad oggetto non solo beni di consumo, materiale sanitario, attrezzature e apparecchiature, ma anche consulenze, appalti di opere e servizi e collaborazioni. L'attività sensibile in esame è disciplinata da un protocollo scritto.

In ottemperanza a tale protocollo: i) è istituito un albo fornitori-per l'acquisto di beni di importo inferiore ai 5.000 € i Responsabili di ogni settore individuano, tra gli iscritti all'albo, i fornitori ai quali chiedere il preventivo, mentre per gli acquisti di importo superiore viene coinvolta il Consiglio di Amministrazione. La maggior parte degli approvvigionamenti della Fondazione si svolge attraverso l'acquisizione di almeno tre preventivi.

Più precisamente:

- Il personale di ciascun reparto individua il fabbisogno e compila il modulo "richieste di acquisto" indicando il bene/servizi di cui lo stesso necessita;

- il Responsabile di Reparto, di concerto con l’area Amministrativa richiede una offerta di acquisto ad almeno tre fornitori indicando eventualmente le ragioni che possano portare alla valutazione di un numero inferiore di preventivi;
- la richiesta di acquisto è validata dal Direttore Generale e archiviata dall’Ufficio Amministrativo, unitamente alla documentazione rilevante;
- qualora l’approvvigionamento comporti una spesa superiore a 5.000 € (es. acquisto di macchinari e strumenti sanitari), il CdA dispone l’autorizzazione all’acquisto, su apposita richiesta del Direttore Generale e/o del Direttore Sanitario;
- il Responsabile di Reparto, valutati le offerte ricevute, individua il fornitore e trasmette gli esiti all’ufficio amministrativo che inoltra l’ordine di acquisto, dopo la convalida del direttore generale;
- tutti i fornitori abituali di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus sono soggetti a valutazione periodica, effettuata con cadenza annuale, al fine di stabilire se confermare o eliminare gli stessi dall’elenco dei fornitori qualificati;
- le gare, in caso di giudizio annuale positivo, possono avere una durata massima di tre anni; dopo tale periodo sarà indetta una nuova gara;
- la verifica di conformità del prodotto rispetto a quanto richiesto (rispetto a quanto descritto nell’ordine d’acquisto, al buono stato del prodotto e alla scadenza dello stesso) compete al Responsabile di Reparto e al Capo cuoco per i prodotti alimentari;
- tutte le non conformità devono essere registrate e il prodotto ritenuto non conforme è opportunamente identificato e stoccato, mentre i prodotti conformi sono posti a magazzino;
- qualora i beni acquistati siano difettosi, il responsabile di reparto informa tempestivamente l’Ufficio Amministrativo che non procede con la disposizione di pagamento;
- accertata la conformità della merce, viene trasmessa la bolla di accompagnamento all’Ufficio Amministrativo, affinché questo proceda alla registrazione della stessa;
- la bolla viene vistata dal Responsabile di Reparto che, in tal modo, autorizza definitivamente l’Ufficio Amministrativo ad effettuare il pagamento.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, preventivi, contratti di

fornitura). L'archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Direttore Generale e, ove necessario, il Consiglio di Amministrazione, curano le attività autorizzative; ii) il Responsabile di Reparto cura le attività esecutive; iii) l'Ufficio Amministrativo cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A.S. 2 – Flussi Finanziari (Pagamenti e Incassi)

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: la gestione degli incassi può essere sinteticamente descritta come segue: i) l'Ufficio Amministrazione emette le fatture relative alle rette mensili degli ospiti della Fondazione; ii) gli ospiti effettuano i pagamenti tramite SEPA; iii) in relazione ai servizi offerti dalla Fondazione, è ammessa la possibilità di provvedere al pagamento in contanti o con assegno bancario, per importi comunque contenuti entro i limiti ammessi dalla normativa vigente; iv) in questo caso il Direttore Generale, il quale dispone di una delega sul conto corrente della Fondazione, provvede a depositare le somme di denaro sul conto corrente stesso.

La gestione dei pagamenti avviene come segue: i) il Responsabile di Reparto, in base agli acquisti effettuati per la rispettiva area, verifica la conformità delle merci rispetto all'ordine di acquisto e autorizzano il relativo pagamento; ii) l'Ufficio Amministrativo provvede alla registrazione contabile della fatture, ricevuta autorizzazione dal Responsabile di Reparto; iii) previa autorizzazione del Direttore Generale o dei soggetti da lui delegati, il pagamento è effettuato dall'istituto di credito presso il quale è depositato il conto corrente utilizzato dalla Fondazione; iv) tutte le spese e i relativi pagamenti sono opportunamente registrati dall'Ufficio Amministrativo.

Tracciabilità e verificabilità ex post delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, fatture, estratti c/c, ricevute di versamento). L'archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Presidente, o soggetti dallo stesso delegati, curano l'attività autorizzativa; ii)

l'Ufficio Amministrativo cura le attività esecutive; *iii*) il Direttore Generale cura l'attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

P.A.S. 3 – Selezione e gestione del personale

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: la Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus seleziona tutto il personale basandosi esclusivamente sui requisiti oggettivi dei candidati, quali professionalità, competenza, esperienza e formazione. Il processo sensibile in esame è gestito come segue: *i*) il responsabile della Funzione interessata segnala l'esigenza di assunzione al Direttore Generale; *ii*) il Direttore Generale, vagliata la richiesta, indica all'ufficio Gestione Risorse Umane il profilo da ricercare; *iii*) l'ufficio Gestione Risorse Umane provvede ad esaminare i *curricula* pervenuti, in relazione alle rispettive aree di competenza e a sottoporli ad una valutazione in ordine cronologico di arrivo; *ii*) la seconda fase di selezione prevede lo svolgimento di colloqui, con eventuale somministrazione di prove scritte a risposta multipla per la valutazione delle conoscenze di base, i quali vengono effettuati dal Direttore Generale *iv*) per la selezione del personale sanitario, e per il restante personale al bisogno, almeno due volte l'anno viene fatta una selezione con formazione di graduatoria tra tutti i *curricula* pervenuti ; la selezione avviene attraverso una prova scritta/pratica, valutata da una commissione appositamente costituita e formata da dal Direttore Generale e da altri due responsabili/professionisti appartenenti all'area da cui è interessata l'assunzione; *v*) i contratti di assunzione, eccettuate talune professionalità di difficile reperimento e c/o con particolari esperienze, sono a tempo determinato e vengono sottoscritti dal Direttore Generale in conformità con quanto previsto dal Regolamento della Fondazione; il periodo di prova è valutato entro la scadenza dai responsabili del settore che non abbiano partecipato alla fase di selezione;*vi*) la Direzione Amministrativa verifica la completezza e la regolarità dei permessi di soggiorno del personale extracomunitario impiegato: i permessi di soggiorno dei lavoratori stranieri sono controllati e archiviati, ed è altresì tenuta traccia cartacea delle scadenze di tali permessi; *vii*) è previsto l'inserimento nel contratto stipulato con i neoassunti di apposita clausola con cui il dipendente viene avvertito dell'adozione del Codice Etico e del Modello da parte della Fondazione ed assume l'obbligo di tenere condotte volte a ridurre il rischio di commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 pena la facoltà

della Fondazione di attivare gli opportuni rimedi contrattuali; *viii*) per la trasformazione dei contratti a tempo determinato in indeterminato si applicano le precedenze stabilite dalle normative nel tempo vigenti.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (curricula, contratti di assunzione, autocertificazioni, titoli e certificati). L’archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i*) il Direttore Generale cura le attività autorizzative; *ii*) il Responsabile Gestione Risorse Umane, il Direttore Generale e i responsabili di settore curano le attività esecutive; *iii*) il Consiglio di Amministrazione cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

8. Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l’Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale del presente Modello, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza*”.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

**PARTE SPECIALE N. 2
"REATI SOCIETARI"**

PARTE SPECIALE N. 2 “REATI SOCIETARI”

La presente Parte Speciale contiene per ciascuna attività sensibile individuata i protocolli richiesti dall’art. 6, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 231 del 2001.

Tutti i Destinatari della Parte Speciale sono tenuti ad adottare comportamenti conformi a quanto di seguito formulato, al fine di prevenire la commissione dei reati in essa previsti.

Nello specifico, la presente Parte Speciale ha lo scopo di:

- indicare le regole di condotta che i Destinatari sono chiamati ad osservare nello svolgimento delle attività sensibili individuate;
- indicare all’Organismo di Vigilanza e ai responsabili delle altre funzioni dell’Ente che cooperano con esso le aree sulle quali esercitare l’attività di controllo, monitoraggio e verifica.

In particolare, sono qui previsti e disciplinati standard di controllo generali, applicabili a tutti i processi, e specifici, ossia applicabili alle singole attività sensibili.

In caso di violazione dei protocolli si applica il sistema sanzionatorio previsto nel capitolo V della Parte Generale.

1. I Reati Societari

La presente Parte Speciale si riferisce ai reati societari e al reato di corruzione tra privati, introdotto dalla Legge n. 190 del 2012.

Si elencano qui di seguito le singole fattispecie contemplate dall’art. 25 *ter* del D.Lgs. n. 231 del 2001:

- *False comunicazioni sociali ex artt. 2621 c.c.;*
- *Impedito controllo ex art. 2625 c.c.;*
- *Indebita restituzione del conferimenti ex art. 2626 c.c.;*
- *Illegale ripartizione degli utili e delle riserve ex art. 2627 c.c.;*
- *Illecite operazione sulle azioni o quote sociali o della società controllante ex art. 2628 c.c.;*
- *Operazioni in pregiudizio dei creditori ex art. 2629 c.c.;*
- *Omessa comunicazione del conflitto di interessi ex art. 2629 – bis c.c.;*
- *Formazione fittizia del capitale ex art. 2632 c.c.;*
- *Indebita ripartizione dei beni sociali da parte dei liquidatori ex art. 2633 c.c.;*
- *Corruzione tra privati ex art. 2635 c.c.;*

- *Illecita influenza sull’assemblea ex art. 2636 c.c.;*
- *Aggiotaggio ex art. 2637 c.c.;*
- *Ostacolo all’esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza ex art. 2638 c.c.*¹⁶

2. Attività sensibili nell’ambito dei Reati Societari

Nel corso dei lavori eseguiti per la redazione e l’aggiornamento del presente Modello, sono state individuate le attività nel cui ambito potrebbero astrattamente realizzarsi le fattispecie di reato sopra richiamate.

Tali attività sono state elencate e sinteticamente descritte qui di seguito:

R.S. 1 – Tenuta della contabilità, predisposizione dei bilanci, tenuta e conservazione dei registri contabili

Il processo sensibile comprende le attività relative alla raccolta e all’elaborazione dei dati contabili di chiusura di esercizio, alla redazione del bilancio di esercizio, delle relazioni e dei prospetti legati al bilancio e qualsiasi altro dato o prospetto sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, ai sensi delle disposizioni di legge applicabili alla stessa, che compete da un punto di vista operativo all’Ufficio Amministrativo.

Il processo in esame prevede, altresì, il coinvolgimento del revisore legale e del Consiglio di Amministrazione, affinché questi svolgano le attività di controllo.

R.S. 2 – Flussi finanziari (pagamenti/incassi)

L’attività riguarda la gestione e il monitoraggio dei flussi finanziari in entrata e in uscita, nonché la riconciliazione della banca con le risultanze della contabilità generale della Fondazione.

Il processo coinvolge da un punto di vista operativo l’Ufficio Amministrativo e da un punto di vista autorizzativo la Direzione Generale.

¹⁶ Si precisa che con riferimento alle Fondazioni, non trovano applicazione le norme di cui agli artt. 2626 e 2627 del codice civile.

R.S. 3 – Gestione degli utili della Fondazione

Il processo sensibile riguarda le attività deliberate dal Consiglio di Amministrazione, al fine di gestire e formalizzare le operazioni sul patrimonio in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto della Fondazione.

R.S. 4 - Gestione degli Approvvigionamenti di beni e servizi

Il processo di approvvigionamento ha ad oggetto l’acquisto di beni, servizi e prestazioni, funzionali e non all’esercizio delle attività della Fondazione.

Gli acquisti di beni di consumo di modico valore vengono effettuati dall’Ufficio Amministrazione previa esibizione dell’ordine di acquisto recante la firma della funzione preposta. Tutti gli acquisti sono comunque effettuati entro i limiti di budget definiti annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Per garantire una maggiore efficienza nella gestione del processo di approvvigionamento, il Responsabile di Reparto, avvalendosi del supporto della Direzione Sanitaria per quanto di sua competenza, effettua un monitoraggio e una revisione periodica in merito ai fornitori selezionati e ai beni/servizi acquistati.

Per i cd. approvvigionamenti *extra budget* (es. macchinari e strumenti sanitari), la Direzione Sanitaria e/o la Direzione Generale devono avanzare apposita richiesta di acquisto al Consiglio di Amministrazione.

La scelta di appaltare determinati servizi a soggetti terzi sottostà a necessaria approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

3. Regole di controllo

3.1. Il sistema di controllo

Il sistema dei controlli perfezionato dalla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus prevede con riferimento ai processi sensibili individuati:

- principi di controllo “generali”, costituiti da indicazioni di comportamento applicabili a tutte le attività sensibili individuate;
- principi di controllo “specifici”, previsti per ogni singola attività sensibile.

3.2. I principi di controllo generali

Al fine di prevenire la commissione dei reati sopra elencati, il presente Modello prevede a carico dei Soggetti interessati dai processi sensibili individuati l'espresso divieto di:

- porre in essere, o concorrere in qualsiasi forma alla realizzazione di condotte tali da integrare una o più fattispecie di reati societari;
- porre in essere, o concorrere in qualsiasi forma alla realizzazione di comportamenti che, sebbene risultino tali da non integrare un'ipotesi di reato societario, possono potenzialmente tradursi in tali illeciti o favorirne la commissione;
- distribuire durante la vita della Fondazione, anche in modo indiretto, utili, avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale.

Al tal fine, più specificamente, la presente Parte Speciale prevede in capo ai Soggetti interessati dai processi sensibili individuati l'espresso obbligo di:

- comportarsi in modo corretto, trasparente e conforme alle disposizioni di legge, di regolamento, alle norme interne esistenti, ai principi generalmente riconosciuti di tenuta della contabilità, in tutte le attività finalizzate alla redazione del bilancio e delle altre comunicazioni sociali, al fine di fornire ai terzi, alle istituzioni e al pubblico un'informazione veritiera e corretta circa la situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione. A tal fine, è vietato rappresentare o trasmettere, per l'elaborazione di bilanci, relazioni e prospetti o altre comunicazioni sociali, dati incompleti o mendaci, ovvero omettere informazioni rilevanti circa la situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione;
- osservare rigorosamente tutte le norme poste dalla legge a tutela dell'integrità ed effettività del patrimonio della Fondazione, di non procedere alla distribuzione degli utili e di agire sempre nel rispetto delle norme interne, al fine di non ledere le garanzie dei creditori e dei terzi in genere;
- è fatto obbligo di effettuare con tempestività, correttezza e buona fede tutte le comunicazioni previste dalla legge nei confronti delle Autorità Pubbliche Ispettive, non frapponendo alcun ostacolo all'esercizio delle funzioni di vigilanza da queste esercitate. A tal fine, è fatto espresso divieto di:

- occultare, nelle comunicazioni previste dalle leggi e dalla normativa di settore nei confronti delle Autorità Pubbliche cui è soggetta l’attività della Fondazione, fatti rilevanti relativi alla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione, ovvero omettere informazioni rilevanti;
- porre in essere qualsiasi comportamento che sia di ostacolo all’esercizio delle dette funzioni di vigilanza, ad esempio nel corso di ispezioni;
- di effettuare o acconsentire ad elargizioni o promesse di denaro, beni o altre utilità di qualsiasi genere con soggetti rappresentanti o dipendenti di altre società, anche clienti o fornitori, finalizzate ad ottenere favori indebiti o comunque benefici in violazione di norme di legge.

3.3. I principi di controllo specifici

I principi di controllo specifici di seguito indicati sono descritti in relazione a ogni singolo processo sensibile:

- **Esistenza di procedure/linee guida formalizzate:** esistenza di procedure formalizzate idonee a fornire principi di comportamento, modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili individuate nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante;
- **Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici:** verificabilità *ex post* del processo di decisione, autorizzazione e svolgimento dell’attività sensibile, anche tramite apposite evidenze archiviate e, in ogni caso, dettagliata disciplina della possibilità di ricostruire registrazioni eventualmente cancellate o distrutte;
- **Separazione dei compiti:** separazione delle attività di autorizzazione, esecuzione e controllo relative ai singoli passaggi in cui si articola l’attività descritta, in modo tale che nessuno possa gestire in autonomia l’intero svolgimento di un processo;
- **Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate:** formalizzazione dei poteri di firma e di rappresentanza coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate (prevedendo, ove richiesto, indicazione delle soglie di approvazione delle spese) e chiaramente definiti e conosciuti all’interno della Fondazione.

4. I processi sensibili

R.S. 1 – Tenuta della contabilità, predisposizione dei bilanci, tenuta e conservazione dei registri contabili

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: l'attività inerente alla gestione contabile, alla redazione del bilancio di esercizio, delle relazioni e di qualsiasi altro dato o prospetto relativo alla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione è regolata dalle norme del codice civile e dalle disposizioni interne previste dallo Statuto. Il processo è gestito come segue: *i)* l'Ufficio Amministrativo della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus cura l'elaborazione dei dati contabili e la redazione del bilancio e dei documenti necessari; *ii)* il bilancio di esercizio così predisposto viene sottoposto al controllo congiunto del Presidente e del Direttore Generale, il quale provvede alla sottoscrizione; *iii)* il Consiglio di Amministrazione provvede all'approvazione finale del bilancio di esercizio, accompagnato dalla relazione stilata dal Revisore legale; *iv)* il Direttore Generale provvede altresì alla redazione del bilancio di mandato quinquennale; *v)* sono regolarmente tenuti, conservati ed aggiornati dall'Ufficio Amministrativo il bilancio di esercizio e tutta la relativa documentazione contabile, dall'approvazione sino all'archiviazione;

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante (es. fatture attive/passive, bozza del bilancio e documento definitivo, comunicazioni, relazione del Revisore Contabile). L'archiviazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: secondo quanto previsto dalla normativa interna, i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i)* il Consiglio di Amministrazione cura l'attività autorizzativa; *ii)* l'Ufficio Amministrativo cura le attività esecutive; *iii)* il Presidente e il Direttore Generale curano le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

R.S. 2 – Flussi finanziari (pagamenti/incassi)

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: la gestione degli incassi è la seguente:

i) l’Ufficio Amministrazione emette le fatture relative alle rette mensili degli ospiti della Fondazione; *ii)* gli ospiti effettuano i pagamenti tramite SEPA; *iii)* in relazione ai servizi offerti dalla Fondazione, è ammessa la possibilità di provvedere al pagamento in contanti o con assegno bancario, per importi comunque non superiore ai limiti fissati dalla normativa di riferimento; *iv)* in questo caso il Direttore Generale, il quale dispone di una delega sul conto corrente della Fondazione, provvede a depositare le somme di denaro sul conto corrente stesso.

La gestione dei pagamenti è la seguente: *i)* il Responsabile di Reparto e il Responsabile Amministrativo, in base agli acquisti effettuati per la rispettiva area, verificano la conformità delle merci rispetto all’ordine di acquisto e autorizzano il relativo pagamento; *ii)* l’Ufficio Amministrazione provvede alla registrazione contabile della fatture; *iii)* previa autorizzazione del Direttore Generale o dei soggetti da lui delegati, il pagamento è effettuato dall’istituto di credito presso il quale è depositato il conto corrente utilizzato dalla Fondazione; *iv)* tutte le spese e i relativi pagamenti sono opportunamente registrati dall’Ufficio Amministrazione.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, fatture, estratti c/c, ricevute di versamento). L’archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i)* il Presidente, o soggetti dallo stesso delegati, cura l’attività autorizzativa; *ii)* l’Ufficio Amministrazione cura le attività esecutive; *iii)* il Direttore Generale cura l’attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

R.S. 3 – Gestione degli utili della Fondazione

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: le attività relative al processo sensibile in esame sono disciplinate sulla base della normativa applicabile alle fondazioni e delle disposizioni interne previste dallo Statuto della Fondazione, al fine di garantire che qualunque operazione incidente sul patrimonio dell’Ente sia preceduta da

una verifica circa la consistenza della sua situazione patrimoniale da parte degli organi competenti. Il processo è gestito come segue: *i)* le eventuali rendite patrimoniali derivate dalla gestione annuale sono impiegate per la ricostruzione del patrimonio, qualora necessaria, e per il potenziamento delle attività della Fondazione o per l'acquisto di beni strumentali per l'incremento o il miglioramento della sua attività; *ii)* la scelta circa la destinazione degli avanzi compete al Consiglio di Amministrazione, previo parere del Presidente e del Direttore Generale; *iii)* gli utili e gli avanzi di gestione sono in ogni caso utilizzati al solo fine di realizzare le attività istituzionali e quelle strettamente connesse alle stesse.

Tracciabilità e verificabilità ex post delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta la documentazione rilevante. L'archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i)* il Consiglio di Amministrazione cura l'attività autorizzativa; *ii)* il Direttore Generale cura le attività esecutive; *iii)* il Direttore Generale e il Presidente curano l'attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

R.S. 4 - Gestione degli Approvvigionamenti di beni e servizi

Esistenza di procedure/linee guide formalizzate: gli acquisti disposti dalla Fondazione hanno ad oggetto non solo beni di consumo, materiale sanitario, attrezzature e apparecchiature, ma anche consulenze, appalti di opere e servizi e collaborazioni. L'attività sensibile in esame è disciplinata da un protocollo scritto.

In ottemperanza a tale protocollo: *i)* è istituito un albo fornitori-per l'acquisto di beni di importo inferiore ai 5.000 € i Responsabili di ogni settore individuano, tra gli iscritti all'albo, i fornitori ai quali chiedere il preventivo, mentre per gli acquisti di importo superiore viene coinvolta il Consiglio di Amministrazione. La maggior parte degli approvvigionamenti della Fondazione si svolge attraverso l'acquisizione di almeno tre preventivi.

Fondazione Onlus "Garibaldi-Pogliani"
MODELLO ORGANIZZATIVO

Più precisamente:

- Il personale di ciascun reparto individua il fabbisogno e compila il modulo "richieste di acquisto" indicando il bene/servizi di cui lo stesso necessita;
- il Responsabile di Reparto, di concerto con l'area Amministrativa richiede una offerta di acquisto ad almeno tre fornitori indicando eventualmente le ragioni che possano portare alla valutazione di un numero inferiore di preventivi;
- la richiesta di acquisto è validata dal Direttore Generale e archiviata dall'Ufficio Amministrativo, unitamente alla documentazione rilevante;
- qualora l'approvvigionamento comporti una spesa superiore a 5.000 € (es. acquisto di macchinari e strumenti sanitari), il CdA dispone l'autorizzazione all'acquisto, su apposita richiesta del Direttore Generale e/o del Direttore Sanitario;
- il Responsabile di Reparto, valutati le offerte ricevute, individua il fornitore e trasmette gli esiti all'ufficio amministrativo che inoltra l'ordine di acquisto, dopo la convalida del direttore generale;
- tutti i fornitori abituali di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus sono soggetti a valutazione periodica, effettuata con cadenza annuale, al fine di stabilire se confermare o eliminare gli stessi dall'elenco dei fornitori qualificati;
- le gare, in caso di giudizio annuale positivo, possono avere una durata massima di tre anni; dopo tale periodo sarà indetta una nuova gara;
- la verifica di conformità del prodotto rispetto a quanto richiesto (rispetto a quanto descritto nell'ordine d'acquisto, al buono stato del prodotto e alla scadenza dello stesso) compete al Responsabile di Reparto e al Capo cuoco per i prodotti alimentari;
- tutte le non conformità devono essere registrate e il prodotto ritenuto non conforme è opportunamente identificato e stoccato, mentre i prodotti conformi sono posti a magazzino;
- qualora i beni acquistati siano difettosi, il responsabile di reparto informa tempestivamente l'Ufficio Amministrativo che non procede con la disposizione di pagamento;
- accertata la conformità della merce, viene trasmessa la bolla di accompagnamento all'Ufficio Amministrativo, affinché questo proceda alla registrazione della stessa;
- la bolla viene vistata dal Responsabile di Reparto che, in tal modo, autorizza definitivamente l'Ufficio Amministrativo ad effettuare il pagamento.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la

verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, preventivi, contratti di fornitura). L’archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Direttore Generale e, ove necessario, il Consiglio di Amministrazione, curano le attività autorizzative; ii) il Responsabile di Reparto cura le attività esecutive; iii) l’Ufficio Amministrativo cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

5. Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l’Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale del presente Modello, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza*”.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

**PARTE SPECIALE N. 3
"RICETTAZIONE, RICICLAGGIO, IMPIEGO DI
DENARO, BENI O UTILITA' DI PROVENIENZA
ILLECITA, AUTORICICLAGGIO"**

PARTE SPECIALE N. 3 "RICETTAZIONE, RICICLAGGIO, IMPIEGO DI DENARO, BENI O UTILITÀ DI PROVENIENZA ILLECITA, AUTORICICLAGGIO"

La presente Parte Speciale contiene per ciascuna attività sensibile individuata i protocolli richiesti dall'art. 6, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 231 del 2001.

Tutti i Destinatari della Parte Speciale sono tenuti ad adottare comportamenti conformi a quanto di seguito formulato, al fine di prevenire la commissione dei reati in essa previsti.

In particolare, la presente Parte Speciale ha lo scopo di:

- indicare le regole di condotta che i Destinatari sono chiamati ad osservare nello svolgimento delle attività sensibili individuate;
- indicare all'Organismo di Vigilanza e ai responsabili delle altre funzioni dell'Ente che cooperano con esso le aree sulle quali esercitare l'attività di controllo, monitoraggio e verifica.

Nello specifico, sono qui previsti e disciplinati standard di controllo generali, ossia applicabili a tutti i processi, e specifici, cioè applicabili alle singole attività sensibili. In caso di violazione dei protocolli trova applicazione il sistema sanzionatorio previsto nel Capitolo V della Parte Generale del presente Modello.

1. I Delitti contro il Patrimonio mediante frode

La presente Parte Speciale si riferisce ai delitti contro il patrimonio mediante frode. Sono elencate e brevemente descritte qui di seguito le fattispecie contemplate nel D.Lgs. n. 231 del 2001 all'art. 25 – *octies*, introdotto dall'art. 63 del D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231:

- *Ricettazione ex art. 648 c.p.;*
- *Riciclaggio ex art. 648 – bis c.p.;*
- *Impiego di denaro, beni o attività di provenienza illecita ex art. 648 – ter c.p.;*
- *Autoriciclaggio ex art. 648 – ter1 c.p.*

2. Attività sensibili nell'ambito dei delitti contro il patrimonio mediante frode

Nel corso dei lavori eseguiti per la redazione del presente Modello, sono state individuate le attività sensibili nel cui ambito potrebbero astrattamente realizzarsi le fattispecie di reato sopra richiamate.

Tali processi sono elencati e brevemente descritti qui di seguito:

R.R. 1 – Flussi finanziari (pagamenti/incassi)

L'attività riguarda la gestione e il monitoraggio dei flussi finanziari in entrata e in uscita, nonché la riconciliazione della cassa con le risultanze della contabilità generale della Fondazione.

Il processo coinvolge da un punto di vista operativo l'Ufficio Amministrativo e da un punto di vista autorizzativo la Direzione Generale.

R.R. 2 – Approvvigionamento di beni e servizi

Il processo di approvvigionamento ha ad oggetto l'acquisto di beni, servizi e prestazioni, funzionali e non all'esercizio delle attività della Fondazione.

Gli acquisti di beni di consumo di modico valore vengono effettuati dall'Ufficio Amministrazione previa esibizione dell'ordine di acquisto recante la firma della funzione preposta. Tutti gli acquisti sono comunque effettuati entro i limiti di budget definiti annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Per garantire una maggiore efficienza nella gestione del processo di approvvigionamento, il Responsabile di Reparto, avvalendosi del supporto della Direzione Sanitaria per quanto di sua competenza, effettua un'analisi mensile degli acquisiti e/o degli interventi di manutenzione straordinaria da effettuare la cui approvazione risulterà in apposito verbale.

Per i cd. approvvigionamenti *extra budget* (es. macchinari e strumenti sanitari), la Direzione Sanitaria e/o la Direzione Generale devono avanzare apposita richiesta di acquisto al Consiglio di Amministrazione.

La scelta di appaltare determinati servizi a soggetti terzi sottostà a necessaria approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

3. Regole di controllo

1. Il sistema di controllo

Il sistema dei controlli perfezionati da Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus prevede con riferimento ai processi sensibili individuati:

- principi di controllo “generali”, costituiti da indicazioni di comportamento applicabili a tutte le attività sensibili individuate;
- principi di controllo “specifici”, declinati per ogni singola attività sensibile.

2. I principi di controllo generali

Ai fini della prevenzione dei reati in esame, il Modello prevede l’espreso divieto a carico delle Funzioni interessate dai processi sensibili rilevati di:

- porre in essere o concorrere in qualsiasi forma nella realizzazione di comportamenti tali da integrare le fattispecie dei reati di ricettazione, riciclaggio, reimpiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita e autoriciclaggio;
- porre in essere o concorrere in qualsiasi forma nella realizzazione di comportamenti che, sebbene risultino tali da non integrare una delle ipotesi di reato sopra descritte, possono potenzialmente tradursi in tali illeciti o favorirne la commissione.

A tal fine, la presente Parte Speciale prevede in particolare l’espreso obbligo in capo ai Soggetti interessati dai processi sensibili rilevati di:

- non intrattenere rapporti commerciali e/o di collaborazione con soggetti, fisici o giuridici, dei quali sia conosciuta o sospettata l’appartenenza ad organizzazioni criminali o comunque operanti al di fuori della legalità;
- tenere comportamenti corretti, trasparenti e collaborativi, nel rispetto delle disposizioni normative e delle procedure interne in tutte le attività finalizzate all’individuazione e alla scelta dei fornitori;
- non accettare pagamenti in contanti e prestare particolare attenzione ai pagamenti provenienti da istituti di credito esteri, soprattutto qualora abbiano sede nei cd. Paradisi fiscali o provengano da persone elencate all’interno di *black list* antiterrorismo;

- acquistare o comunque ricevere beni da soggetti o con modalità che possano far dubitare della liceità della provenienza del bene stesso.

3. Principi specifici di controllo

I principi di controllo di carattere specifico sono di seguito indicati e sono descritti in corrispondenza di ogni processo sensibile:

- **Esistenza di procedure/linee guida formalizzate:** esistenza di procedure formalizzate idonee a fornire principi di comportamento, modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante.
- **Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici:** verificabilità *ex post* del processo di decisione, autorizzazione e svolgimento dell’attività sensibile, anche tramite apposite evidenze archiviate e, in ogni caso, dettagliata disciplina della possibilità di ricostruire registrazioni eventualmente cancellate o distrutte.
- **Separazione dei compiti:** separazione delle attività di esecuzione, controllo ed autorizzazione relative ai singoli passaggi in cui si articola l’attività descritta, in modo tale che nessuno possa gestire in autonomia l’intero svolgimento di un processo.
- **Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate:** formalizzazione di poteri di firma e di rappresentanza coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate (prevedendo, ove richiesto, indicazione delle soglie di approvazione delle spese) e chiaramente definiti e conosciuti all’interno della Fondazione.

4. I Processi Sensibili

R.R. 1 – Flussi finanziari (pagamenti/incassi)

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: la gestione degli incassi è la seguente:

i) l’Ufficio Amministrazione emette le fatture relative alle rette mensili degli ospiti della Fondazione; *ii)* gli ospiti effettuano i pagamenti tramite SEPA; *iii)* in relazione ai servizi offerti dalla Fondazione, è ammessa la possibilità di provvedere al pagamento in

contanti o con assegno bancario, per importi comunque non superiore ai limiti previsti dalla normativa di riferimento; *iv*) in questo caso il Direttore Generale, il quale dispone di una delega sul conto corrente della Fondazione, provvede a depositare le somme di denaro sul conto corrente stesso.

La gestione dei pagamenti è la seguente: *i*) il Responsabile di Reparto e il Responsabile Amministrativo, in base agli acquisti effettuati per la rispettiva area, verificano la conformità delle merci rispetto all'ordine di acquisto e autorizzano il relativo pagamento; *ii*) l'Ufficio Amministrazione provvede alla registrazione contabile della fatture; *iii*) previa autorizzazione del Direttore Generale o dei soggetti da lui delegati, il pagamento è effettuato dall'istituto di credito presso il quale è depositato il conto corrente utilizzato dalla Fondazione; *iv*) tutte le spese e i relativi pagamenti sono opportunamente registrati dall'Ufficio Amministrazione.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione di tutta documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, fatture, estratti c/c, ricevute di versamento). L'archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell'Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: *i*) il Presidente, o soggetti dallo stesso delegati, cura l'attività autorizzativa; *ii*) l'Ufficio Amministrazione cura le attività esecutive; *iii*) il Direttore Generale cura l'attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

R.R. 2 – Approvvigionamento di beni e servizi

Esistenza di procedure/linee guide formalizzate: gli acquisti disposti dalla Fondazione hanno ad oggetto non solo beni di consumo, materiale sanitario, attrezzature e apparecchiature, ma anche consulenze, appalti di opere e servizi e collaborazioni. L'attività sensibile in esame è disciplinata da un protocollo scritto.

In ottemperanza a tale protocollo: *i*) è istituito un albo fornitori-per l'acquisto di beni di importo inferiore ai 5.000 € i Responsabili di ogni settore individuano, tra gli iscritti all'albo, i fornitori ai quali chiedere il preventivo, mentre per gli acquisti di importo superiore viene coinvolta il Consiglio di Amministrazione. La maggior parte degli

Fondazione Onlus "Garibaldi-Pogliani"
MODELLO ORGANIZZATIVO

approvvigionamenti della Fondazione si svolge attraverso l'acquisizione di almeno tre preventivi.

Più precisamente:

- Il personale di ciascun reparto individua il fabbisogno e compila il modulo "richieste di acquisto" indicando il bene/servizi di cui lo stesso necessita;
- il Responsabile di Reparto, di concerto con l'area Amministrativa richiede una offerta di acquisto ad almeno tre fornitori indicando eventualmente le ragioni che possano portare alla valutazione di un numero inferiore di preventivi;
- la richiesta di acquisto è validata dal Direttore Generale e archiviata dall'Ufficio Amministrativo, unitamente alla documentazione rilevante;
- qualora l'approvvigionamento comporti una spesa superiore a 5.000 € (es. acquisto di macchinari e strumenti sanitari), il CdA dispone l'autorizzazione all'acquisto, su apposita richiesta del Direttore Generale e/o del Direttore Sanitario;
- il Responsabile di Reparto, valutati le offerte ricevute, individua il fornitore e trasmette gli esiti all'ufficio amministrativo che inoltra l'ordine di acquisto, dopo la convalida del direttore generale;
- tutti i fornitori abituali di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus sono soggetti a valutazione periodica, effettuata con cadenza annuale, al fine di stabilire se confermare o eliminare gli stessi dall'elenco dei fornitori qualificati;
- le gare, in caso di giudizio annuale positivo, possono avere una durata massima di tre anni; dopo tale periodo sarà indetta una nuova gara;
- la verifica di conformità del prodotto rispetto a quanto richiesto (rispetto a quanto descritto nell'ordine d'acquisto, al buono stato del prodotto e alla scadenza dello stesso) compete al Responsabile di Reparto e al Capo cuoco per i prodotti alimentari;
- tutte le non conformità devono essere registrate e il prodotto ritenuto non conforme è opportunamente identificato e stoccato, mentre i prodotti conformi sono posti a magazzino;
- qualora i beni acquistati siano difettosi, il responsabile di reparto informa tempestivamente l'Ufficio Amministrativo che non procede con la disposizione di pagamento;
- accertata la conformità della merce, viene trasmessa la bolla di accompagnamento all'Ufficio Amministrativo, affinché questo proceda alla registrazione della stessa;
- la bolla viene vistata dal Responsabile di Reparto che, in tal modo, autorizza definitivamente l'Ufficio Amministrativo ad effettuare il pagamento.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutta la documentazione rilevante (bolle di accompagnamento, preventivi, contratti di fornitura). L’archiviazione della documentazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza dell’Ufficio Amministrativo.

Separazione dei compiti: i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Direttore Generale e, ove necessario, il Consiglio di Amministrazione, curano le attività autorizzative; ii) il Responsabile di Reparto cura le attività esecutive; iii) l’Ufficio Amministrativo cura le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

5. Flussi Informativi verso l’Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l’Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale del presente Modello, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza*”.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

PARTE SPECIALE N. 4

**"TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA
SUL LUOGO DI LAVORO"**

PARTE SPECIALE N. 4 "TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO"

La presente Parte Speciale si riferisce ai reati richiamati dall'art. 25-*septies* del D.Lgs. n. 231 del 2001, introdotto dalla Legge n. 123 del 3 agosto 2007 e poi sostituito dall'art. 300 del D.Lgs. n. 81/2008, che prevede la responsabilità degli enti forniti di personalità giuridica, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica, per i reati di *omicidio colposo ex art. 589 c.p.* e *lesioni personali colpose ex art. 590* gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

1. La gestione delle attività inerenti alla Prevenzione e Protezione degli infortuni e delle malattie professionali per la tutela della Salute e Sicurezza sul lavoro

Sono stati implementati presidi di controllo in conformità a quanto previsto dall'art. 30 del D.Lgs. 81/2008, al fine di ridurre il rischio di accadimento dei reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi e gravissime.

Qui di seguito sono elencate le quattro fasi cui la Fondazione si è ispirata per la gestione delle attività inerenti la Prevenzione e la Protezione degli infortuni e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro:

SSL.01 - Pianificazione

Politica ed Obiettivi: la Politica e gli Obiettivi sono contenuti nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), nel quale è descritto il piano di miglioramento che la Fondazione si impegna ad attuare. Sono stati altresì definiti con il Responsabile del Servizio per la Prevenzione e Protezione (RSPP), i principali punti di lavoro in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro. Gli obiettivi in materia di salute e sicurezza sul lavoro sono valutati con cadenza annuale in occasione della riunione periodica; inoltre nel corso dell'anno vengono effettuati sopralluoghi per verificare lo stato di avanzamento lavori relativamente al piano di miglioramento programmato.

Piano di investimento: Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus garantisce piena disponibilità a prendere in considerazione e ad inserire nel piano di *budget* annuale, fissato dal Consiglio di Amministrazione, tutti gli investimenti necessari in tema di sicurezza suggeriti dal RSPP ovvero dalle altre figure competenti.

Aggiornamento normativo: la Fondazione prevede un sistema di monitoraggio al fine di mantenere un costante aggiornamento della legislazione nazionale e locale vigente in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

SSL.02 – Attuazione e Funzionamento

Norme e documentazione del sistema: la Fondazione prevede una regolamentazione dei ruoli, delle responsabilità e delle modalità di gestione della documentazione rilevante attraverso l’individuazione di incaricati che supportino il RSPP. La documentazione di sistema di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus comprende, oltre al Documento di Valutazione dei Rischi e valutazione dei rischi per lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento, il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI) in relazione alle società cui sono appaltati determinati servizi/ lavori, il piano di formazione per dipendenti e preposti, un organigramma della sicurezza, la verifica documentale della sicurezza.

Organizzazione e Responsabilità – Datore di Lavoro: Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha formalmente individuato il Datore di Lavoro nella persona del Direttore Generale con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Individuazione e valutazione dei rischi – Ruoli e responsabilità: all’interno dell’organizzazione della Fondazione sono identificati i ruoli e le rispettive responsabilità per l’approvazione, la verifica e l’aggiornamento dei contenuti del Documento di Valutazione dei Rischi e per la valutazione dei rischi, anche preventiva, in merito a trasformazioni, modifiche e variazione dei processi nei luoghi di lavoro. Vengono nominati: *i)* il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione in base alla documentazione che attesta il possesso delle competenze previste dalla legge e la frequentazione dei corsi di formazione richiesti; *ii)* il Medico Competente; *iii)* un Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza. In particolare il Datore di Lavoro, in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e con il Medico Competente, predispone il Documento di Valutazione dei Rischi, dopo aver consultato il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

In particolare, il Datore di Lavoro, in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e con il medico competente, dopo aver consultato il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza: *i)* individua e valuta i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori; *ii)* elabora il Documento di Valutazione dei Rischi; *iii)* individua le misure di prevenzione e protezione da adottare e monitora gli effetti di tali misure; *iv)* periodicamente rivaluta i rischi e ridefinisce eventuali nuove misure da adottare.

Individuazione e valutazione dei rischi – Presenza del Documento di Valutazione dei rischi (DVR): Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha adottato uno specifico Documento di Valutazione dei Rischi. Il DVR prevede: *i)* la descrizione degli ambienti lavorativi con la relativa valutazione del rispetto degli standard tecnico-strutturali, la struttura dell’organizzazione e la descrizione delle attività svolte; *ii)* il metodo e i criteri adottati per la valutazione dei rischi, i risultati del processo di valutazione, le componenti aziendali coinvolte, le professionalità e le risorse utilizzate per la valutazione; *iii)* l’identificazione e la valutazione dei rischi per gruppi particolari di lavoratori; *iv)* le misure di prevenzione e protezione adottate (il Servizio di Prevenzione e Protezione, la sorveglianza sanitaria, le misure igieniche, i dispositivi di protezione individuali e collettivi, le misure di emergenza, la formazione del personale, la statistica degli infortuni e degli incidenti); *v)* il programma delle azioni di miglioramento e mantenimento con le relative tempistiche.

Affidamento compiti e mansioni: nel DVR sono stati valutati i rischi propri dell’attività tipica di Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, ma non sono state rilevate problematiche tali da imporre la definizione di particolari criteri nell’affidamento di compiti e mansioni. La Fondazione, nell’ambito delle misure di attuazione della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha previsto la formalizzazione di ruoli e responsabilità per le figure principali che intervengono nel processo i cui nominativi risultano indicati nel DVR.

Gestione delle emergenze: la Fondazione disciplina le attività relative alla gestione delle emergenze, prevedendo un piano di emergenza ed effettuando annualmente prove di emergenza presso le sedi. Sono formalizzati procedure e piani di evacuazione che contengono: *i)* riferimenti normativi; *ii)* scenari incidentali; *iii)* personale coinvolto nella gestione delle emergenze e compiti ad esso affidati; *iv)* fasi dell’emergenza e modalità di evacuazione dalla struttura. I piani di emergenza sono oggetto di informazione e formazione di tutto il personale ed è prevista, con cadenza annuale, la simulazione di prove di evacuazione.

Gestione del rischio incendio: le misure antincendio sono definite all’interno del piano di emergenza ed è altresì presente, ai sensi del D.P.R. del 12 gennaio 1998, n. 37, il registro della prevenzione incendi, all’interno del registro manutenzione. Il personale addetto alla squadra antincendio ha ricevuto adeguata formazione in conformità con quanto previsto dal D.M. 10/03/98 e lo stesso viene periodicamente sottoposto a corsi di

aggiornamento in materia antincendio. Periodicamente viene altresì effettuata la manutenzione dei sistemi antincendio e degli estintori.

Consultazione e comunicazione: ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. 81/2008, è pianificata e regolarmente convocata la riunione periodica Datore di Lavoro, RSPP, RLS e Medico Competente. L'informazione ai lavoratori in merito ai rischi relativi all'attività svolta dalla Fondazione viene fornita attraverso la messa a disposizione della documentazione rilevante e dei riferimenti normativi, sia al momento dell'assunzione che periodicamente, a seguito delle evidenze e tematiche emerse nel corso delle riunioni periodiche per la sicurezza.

Informazione e coordinamento con fornitori: l'attività di informazione e coordinamento nei confronti di fornitori e soggetti terzi è regolata definendo: *i)* ruoli, responsabilità e modalità operative al fine di garantire l'informazione ed il coordinamento in caso di affidamento di lavori ad un'impresa appaltatrice o a lavoratori autonomi; *ii)* le modalità ed i tempi per la condivisione delle informazioni e della documentazione rilevante fornita dalle imprese terze; *iii)* la programmazione, convocazione e verbalizzazione a cura del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione di riunioni di coordinamento e cooperazione con l'appaltatore al fine di valutare i rischi da interferenza. A tal proposito, è richiesta da parte della Fondazione la consegna da parte degli appaltatori della visura camerale e dell'elenco dei nominativi dei lavoratori impiegati; è altresì predisposto il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze, in relazione alle cooperative appaltatrici.

Formazione, sensibilizzazione e competenze: Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus ha previsto un piano di formazione, opportunamente aggiornato e monitorato, sulle tematiche oggetto del D.Lgs. 81/2008, che ha come destinatari personale dipendente e preposti. Nel processo interviene il RSPP e l'Area Amministrativa che supporta il RSPP nella tenuta dei registri di partecipazione ai corsi erogati. Nel piano di miglioramento delle attività in materia di salute e sicurezza, sono previsti aggiornamenti formativi periodici nei confronti di tutti i dipendenti, al fine di uniformare il livello di preparazione e consapevolezza sul tema.

SSL-03 - Controllo e azioni correttive

Misura e monitoraggio delle prestazioni: nel DVR è previsto il monitoraggio degli infortuni occorsi, nonché la rilevazione, registrazione ed analisi statistica degli infortuni.

Risultano, altresì, programmati sopralluoghi periodici presso le sedi della Fondazione al fine di eseguire le necessarie verifiche in tema di salute e sicurezza. L’esecuzione delle visite mediche è presidiata dal Medico Competente di cui specifico riscontro viene dato nel corso della riunione periodica della sicurezza.

SSL-04 - Riesame della Direzione

Conduzione del processo di riesame: le attività di riesame sono disciplinate prevedendo la comunicazione di diversi elementi informativi nel corso della riunione periodica, durante la quale vengono vagliati tutti gli aspetti relativi al tema sicurezza, verbalizzando opportunamente suggerimenti, opinioni e commenti delle figure presenti e coinvolte. Tale confronto è finalizzato a valutare l’idoneità, l’adeguatezza e l’efficacia del sistema implementato, nonché a pianificare eventuali azioni di miglioramento.

2. Flussi Informativi verso l’Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l’Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale del presente Modello, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza*”.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

**PARTE SPECIALE N. 5
"REATI AMBIENTALI"**

PARTE SPECIALE N. 5 “REATI AMBIENTALI”

La presente Parte Speciale contiene per ciascuna attività sensibile individuata i protocolli richiesti dall’art. 6, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 231 del 2001.

Tutti i Destinatari della Parte Speciale sono tenuti ad adottare comportamenti conformi a quanto di seguito formulato, al fine di prevenire la commissione dei reati in essa previsti.

In particolare, la presente Parte Speciale ha lo scopo di:

- indicare le regole di condotta che i Destinatari sono tenuti ad osservare nello svolgimento delle attività sensibili individuate;
- indicare all’Organismo di Vigilanza e ai responsabili delle altre funzioni dell’Ente che cooperano con esso le aree sulle quali esercitare l’attività di controllo, monitoraggio e verifica.

Nello specifico, sono previsti e disciplinati standard di controllo generali, ossia applicabili a tutti i processi, e specifici, cioè applicabili alle singole attività sensibili.

In caso di violazione dei protocolli, trova applicazione il sistema sanzionatorio previsto nel Capitolo V della Parte Generale del Presente Modello.

1. I Reati Ambientali

La presente Parte Speciale si riferisce ai reati ambientali. Si descrivono brevemente qui di seguito le singole fattispecie previste dall’art. 25 – *undecies* del D.Lgs. n. 231 del 2001, introdotto dall’articolo 2, comma 2, del D.Lgs. 7 luglio 2011, n. 121:

- Reati previsti dal D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152, cd. Codice dell’Ambiente:
 - *Inquinamento idrico ex art. 137;*
 - *Gestione di rifiuti non autorizzata ex art. 256;*
 - *Siti contaminati ex art. 257;*
 - *Falsificazione e utilizzo di certificati di analisi di rifiuti falsi ex artt. 258 e 206 – bis;*
 - *Traffico illecito di rifiuti ex artt. 259 e 260;*
 - *Inquinamento atmosferico ex art. 279.*

- Reati previsti dalla Legge 28 dicembre 1993, n. 549, in materia di tutela dell’ozono stratosferico e dell’ambiente;
- Reati previsti dalla Legge 7 febbraio 1992, n. 150, in materia di commercio internazionale di esemplari di flora e fauna in via di estinzione e detenzione animali pericolosi;
- Reati previsti dal D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 202, in materia di inquinamento dell’ambiente marino provocato da navi;
- Reati previsti dal Codice Penale:
 - *Inquinamento ambientale (art. 452 bis c.p.);*
 - *Disastro ambientale (art. 452 quater c.p.);*
 - *Delitti colposi contro l’ambiente (art. 452 quinquies c.p.);*
 - *Traffico e abbandono di materiale ad alta radioattività (art. 452 sexies c.p.);*
 - *Circostanze aggravanti dei delitti associativi (art. 452 octies c.p.);*
 - *Uccisione, distruzione, cattura, prelievo, detenzione di esemplari di specie animali o vegetali selvatiche protette ex art. 727 – bis c.p.;*
 - *Distruzione o deterioramento di habitat all’interno di un sito protetto ex art. 733 – bis c.p.*

2. Attività Sensibili

Nel corso dei lavori eseguiti per la redazione e l’aggiornamento del presente Modello, sono state individuate le attività nel cui ambito potrebbero astrattamente realizzarsi le fattispecie di reato sopra richiamate. Tali attività sono elencate e brevemente descritte qui di seguito:

R.A.1 – Gestione del processo di smaltimento dei rifiuti

Il processo riguarda le attività relative alla raccolta e successivo smaltimento dei rifiuti prodotti dalla Fondazione, affidate ad una ditta specializzata in possesso di tutte le autorizzazioni richieste dalla normativa di riferimento. Tale ditta opera in favore della Fondazione in forza di un contratto d’appalto.

L’attività sensibile in esame coinvolge il Responsabile di Reparto, per quanto concerne la fase di stoccaggio dei rifiuti, l’Area Amministrativa, in merito alla gestione documentale del processo, e la ditta specializzata esterna, in relazione alla fase di smaltimento dei rifiuti.

3. Le Regole di controllo

3.1. Il Sistema di controllo

Il sistema dei controlli perfezionato dalla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus prevede con riferimento ai processi sensibili individuati:

- principi di controllo “generali”, costituiti da indicazioni di comportamento applicabili a tutte le attività sensibili individuate;
- principi di controllo “specifici”, declinati per ogni singola attività sensibile.

3.2. I principi di controllo generali

E’ fatto espresso divieto ai Destinatari del presente Modello di porre in essere comportamenti tali da integrare, anche solo potenzialmente o a titolo di concorso o di tentativo, le fattispecie di reato di cui all’art. 25 – *undecies* del D.Lgs. n. 231 del 2001.

Tutte le attività di “gestione” dei rifiuti (raccolta, deposito temporaneo, trasporto e conferimento), sebbene effettuate da soggetti terzi (quali fornitori, imprese di pulizia o di smaltimento dei rifiuti incaricate dalla Fondazione), devono essere svolte in conformità alle leggi vigenti, alle norme del Codice Etico e ai principi generali di comportamento previsti sia nella Parte Generale che nella Parte Speciale del presente Modello.

A tal fine, Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus prima di conferire l’incarico ad uno specifico fornitore provvede a qualificare lo stesso, verificando anche che possieda i requisiti e le autorizzazioni previste *ex lege* per lo smaltimento dei rifiuti speciali.

3.3. I principi di controllo specifici

I principi di controllo di carattere specifico sono di seguito indicati e sono descritti in corrispondenza di ogni processo sensibile:

- **Esistenza di procedure/linee guida formalizzate:** esistenza di procedure formalizzate idonee a fornire principi di comportamento, modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante.
- **Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici:** verificabilità *ex post* del processo di decisione, autorizzazione e svolgimento

dell'attività sensibile, anche tramite apposite evidenze archiviate e, in ogni caso, dettagliata disciplina della possibilità di ricostruire registrazioni eventualmente cancellate o distrutte.

- **Separazione dei compiti:** separazione delle attività di esecuzione, controllo ed autorizzazione relative ai singoli passaggi in cui si articola l'attività descritta, in modo tale che nessuno possa gestire in autonomia l'intero svolgimento di un processo.
- **Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate:** formalizzazione di poteri di firma e di rappresentanza coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate (prevedendo, ove richiesto, indicazione delle soglie di approvazione delle spese) e chiaramente definiti e conosciuti all'interno della Fondazione.

4. I Processi Sensibili

R.A. 1 – Gestione del processo di smaltimento dei rifiuti

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: il processo sensibile in esame è regolato da una prassi consolidata e conosciuta a livello aziendale.

Con riferimento allo smaltimento dei Rifiuti Sanitari: *i)* vengono monitorati con cadenza bisettimanale dal personale infermieristico, il quale cura anche lo stoccaggio degli stessi; *ii)* i responsabili incaricati provvedono a compilare, sulla base dei dati forniti dal personale infermieristico e di verifiche dirette, il Formulario Rifiuti e ad aggiornare il Registro di Carico/Scarico di cui la Fondazione si è dotata; *iii)* la ditta specializzata esterna provvede a ritirare e, successivamente, a smaltire i rifiuti secondo un calendario preventivamente predisposto e contenuto nel contratto d'appalto; *iv)* effettuato lo smaltimento dei rifiuti, l'Area Amministrativa aggiorna il Registro di Avvenuto Smaltimento e predispone annualmente il Modello Unico di Dichiarazione ambientale; *v)* ai Responsabili di Reparto compete la supervisione della corretta applicazione della procedura da parte di tutti gli operatori coinvolti nella stessa; *vi)* l'Area Amministrativa, verifica la regolarità amministrativa della ditta incaricata dello smaltimento dei rifiuti nonché che la stessa disponga delle necessarie autorizzazioni amministrative; *vii)* l'archiviazione della documentazione relativa alla gestione dei rapporti con la società che provvede allo smaltimento dei rifiuti è di competenza dell'Area Amministrativa.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall'archiviazione da parte del personale dell'Area Amministrativa di tutta la documentazione rilevante (es. Registro

Carico/Scarico; Formulario Rifiuti; M.U.D., contratto d'appalto con ditta esterna specializzata), presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico.

Separazione dei compiti: secondo quanto previsto dalla normativa interna, i compiti relativi al processo in esame sono separati come segue: i) il Direttore Generale cura l'attività autorizzativa e la sottoscrizione dei contratti; ii) il personale infermieristico, l'Area Amministrativa e la ditta specializzata esterna curano le attività esecutive; iii) l'Area Amministrativa e i Responsabili di Reparto curano l'attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l'attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

5. Flussi Informativi verso l'Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l'Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza*”.

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE,
GESTIONE E CONTROLLO**

EX D.LGS. 8 GIUGNO 2001 N. 231

**PARTE SPECIALE N. 6
"DELITTI INFORMATICI"**

PARTE SPECIALE N. 6 "REATI INFORMATICI"

La presente Parte Speciale contiene, per ciascuna attività sensibile individuata, i protocolli di controllo richiesti dall'art. 6 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 231 del 2001.

Tutti i Destinatari della presente Parte Speciale sono tenuti ad adottare comportamenti conformi a quanto di seguito formulato, al fine di prevenire la commissione dei reati in essa considerati.

Nello specifico, la presente Parte Speciale ha lo scopo di:

- indicare le regole di condotta che i Destinatari sono chiamati ad osservare nelle attività sensibili individuate;
- indicare all'Organismo di Vigilanza, e ai responsabili delle altre funzioni aziendali che cooperano con esso le aree sulle quali esercitare le attività di controllo, monitoraggio e verifica.

In particolare, sono qui previsti e disciplinati *standard* di controllo generale, applicabili a tutti i processi, e specifici, cioè applicabili alle singole attività sensibili.

1. I Reati Informatici

La presente Parte Speciale si riferisce ai reati informatici. Si elencano qui di seguito le singole fattispecie contemplate nel D.Lgs. n. 231 del 2001 all'art. 24-*bis*, introdotto dall'art. 7 della Legge 18 marzo 2008, n. 48:

- *Documenti Informatici - Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria ex art. 491-bis c.p.;*
- *Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico ex art. 615-ter c.p.;*
- *Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici ex art. 615-quater c.p.;*
- *Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico ex art. 615-quinquies c.p.;*
- *Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche ex art. 617-quater c.p.;*
- *Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni informatiche o telematiche ex art. 617-quinquies c.p.;*
- *Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici ex art. 635-bis c.p.;*
- *Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da*

- altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità ex art. 635-ter c.p.;*
- *Danneggiamento di sistemi informatici o telematici ex art. 635-quater c.p.;*
 - *Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità ex art. 635-quinquies c.p.;*
 - *Frode informatica ex art. 640-ter c.p.;*
 - *Frode informatica del certificatore di firma elettronica Frode informatica del certificatore di firma elettronica ex art. 640-quinquies c.p.*

2. Attività sensibili nell’ambito dei Reati Informatici

Nel corso dei lavori eseguiti per la redazione del presente Modello, è stata individuata la seguente attività sensibile nel cui ambito potrebbero astrattamente realizzarsi le fattispecie di reato sopra richiamate:

R.INF. 1 – Gestione del sistema informatico

Il processo sensibile riguarda l’attività di gestione degli accessi alle risorse informatiche da parte degli utenti della Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus, allo scopo di garantire la protezione e il monitoraggio delle postazioni di lavoro e il corretto utilizzo delle risorse, della posta elettronica e della sicurezza informatica, in particolare con riguardo alla gestioni di documenti elettronici sanitari o amministrativi.

La gestione dei profili utenti è attuata mediante elementi identificativi (*user-id* e *password*) e procedure d’accesso.

3. Le regole di controllo

3.1. Il sistema di controllo

Il sistema dei controlli perfezionato dalla Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus prevede con riferimento ai processi sensibili individuati:

- principi di controllo “generali”, costituiti da indicazioni di comportamento applicabili a tutte le attività sensibili individuate;
- principi di controllo “specifici”, ossia declinati per ogni singola attività sensibile.

3.2. I principi generali di controllo

Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus nella gestione del sistema IT persegue alcuni principali obiettivi:

- riservatezza: al fine di garantire che tutti i dati di cui la Fondazione è in possesso vengano preservati da accessi impropri e/o da soggetti non autorizzati. Le informazioni riservate devono essere protette sia nella fase di trasmissione sia nella fase di memorizzazione e successiva conservazione;
- integrità: al fine di garantire che tutti i dati della Fondazione siano effettivamente quelli originariamente immessi nel sistema informatico e che le eventuali modifiche dei dati siano state apportate esclusivamente in modo legittimo;
- disponibilità: al fine di garantire la reperibilità di tutti i dati relativi all'attività della Fondazione, in funzione delle esigenze di continuità dei processi e nel rispetto delle norme che ne impongono la conservazione storica.

Il Direttore Generale, in qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali *ex art.* 4, comma 1, lett. g) del D.Lgs. n. 196 del 2003, e tutto il personale addetto alla gestione del sistema informatico svolgono i compiti relativi al trattamento dei dati e della documentazione in ottemperanza alle disposizioni riguardanti le modalità di conservazione della documentazione, la riservatezza dei dati e delle notizie di cui vengono a conoscenza, nonché i metodi di archiviazione della documentazione in maniera da tutelare e preservare la privacy dei clienti e fornitori.

3.3. I principi specifici di controllo

I principi di controllo di carattere specifico di seguito indicati sono descritti in corrispondenza di ogni processo sensibile:

- **Esistenza di procedure/linee guida formalizzate**: esistenza di procedure formalizzate idonee a fornire principi di comportamento, modalità operative per lo svolgimento delle attività sensibili nonché modalità di archiviazione della documentazione rilevante;
- **Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell'attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici**: verificabilità *ex post* del processo di decisione, autorizzazione e svolgimento dell'attività sensibile, anche tramite apposite evidenze archiviate e, in ogni caso, dettagliata disciplina della possibilità di ricostruire registrazioni eventualmente cancellate o distrutte;
- **Separazione dei compiti**: separazione delle attività di esecuzione, controllo ed autorizzazione relative ai singoli passaggi in cui si articola l'attività descritta, in

modo tale che nessuno possa gestire in autonomia l'intero svolgimento di un processo;

- **Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate:** formalizzazione dei poteri di firma e di rappresentanza coerenti con le responsabilità organizzative e gestionali assegnate (prevedendo, ove richiesto, indicazione delle soglie di approvazione delle spese) e chiaramente definiti e conosciuti all'interno della Fondazione.

4. Il Processo Sensibile

R.INF. 1 – Gestione del sistema informatico

Esistenza di procedure/linee guida formalizzate: il processo sensibile in esame è regolato da una prassi consolidata ed è di competenza del Direttore Generale, con il supporto di un consulente esterno; *i*) Fondazione Garibaldi Pogliani Onlus si è dotato del Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) dei dati che definisce le modalità di protezione delle informazioni detenute anche con riguardo alla diffusione delle stesse a terzi autorizzati mediante strumenti elettronici. Tale documento è soggetto ad aggiornamento con cadenza annuale; *ii*) la Fondazione ha altresì individuato la figura del Responsabile del trattamento dei dati personali nella persona del Direttore Generale, che provvede a verificare la corretta applicazione delle misure minime di sicurezza informatiche richieste dal D.Lgs. n. 196 del 2003 (cd. Codice della Privacy); *iii*) i dispositivi per il trattamento dei dati, siano essi elettronici o tradizionali, nonché i dati personali, indipendentemente dal supporto su cui essi sono conservati, sono custoditi in ambienti sicuri; *iv*) la Fondazione adotta principi generali tecnico-organizzativi in materia di protezione dei dati e dei processi di trattamento da virus, intrusioni nel sistema informativo, vulnerabilità dei programmi usati per il trattamento di dati e per la gestione del sistema informativo; *v*) la Fondazione ha implementato un sistema di protezione specifico a norma del quale ogni incaricato è dotato di *password* e *user-id* univoci e personali costituenti le sue credenziali di autenticazione; *vi*) l'Amministratore di Sistema è competente del rilascio delle *password* e della verifica circa le modalità di accesso dei collaboratori ai dati, sia in formato cartaceo che digitale; *vii*) al fine di garantire la disponibilità dei dati nel tempo, è previsto un sistema di backup di tutti i dati inseriti nel sistema gestionale della Fondazione.

In riferimento alla gestione del Sistema Informativo Socio - Sanitario (SISS) e alla trasmissione dei dati sanitari all'ATS competente per territorio (ATS di Como): *i*) la Fondazione ha individuato nella persona dell'addetto agli ospiti il soggetto competente a trasmettere i flussi all'ATS; *ii*) l'accesso al sistema SISS da parte dell'addetto agli ospiti

viene effettuato mediante scheda SISS del Presidente del Consiglio d’Amministrazione o del Direttore Generale; *iii*) tutti i codici identificativi forniti dalla Regione Lombardia sono opportunamente custoditi; *iv*) il Direttore Generale, in qualità di responsabile del trattamento dei dati personali, verifica il corretto svolgimento del processo sensibile in esame.

Tracciabilità e verificabilità *ex post* delle decisioni e dello svolgimento dell’attività sensibile tramite adeguati supporti documentali/informatici: la tracciabilità e la verificabilità del processo in esame sono garantite dall’archiviazione di tutti i dati, sia in formato cartaceo che digitale. L’archiviazione presso gli uffici della Fondazione, sia in formato cartaceo che informatico, è di competenza del Coordinatore Amministrativo Finanziario.

Separazione dei compiti: la procedura interna prevede la separazione dei compiti come segue: *i*) il Consiglio di Amministrazione cura le attività autorizzative; *ii*) l’Area Amministrativa cura le attività esecutive; *iii*) il Direttore Generale cura le attività di controllo e verifica.

In relazione al Sistema Informativo Socio – Sanitario, i compiti sono separati come segue: *i*) il Presidente cura l’attività autorizzativa; *ii*) l’Area Amministrativa (nella persona dell’addetto agli ospiti) cura le attività esecutive; *iii*) il Presidente e il Direttore Generale curano le attività di controllo.

Esistenza di un sistema di deleghe coerente con le responsabilità organizzative assegnate: le attività sono svolte nel rispetto di quanto previsto dal sistema interno di procure per l’attribuzione dei poteri di rappresentanza e firma e dal sistema interno di deleghe definito a livello di prassi consolidata per lo svolgimento delle attività di competenza attraverso la previsione di diversi livelli autorizzativi.

5. Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza

Oltre agli obblighi informativi verso l’Organismo di Vigilanza richiamati al paragrafo 5.4 della Parte Generale del presente Modello, sono definiti specifici flussi di *reporting* di dati e/o informazioni relativi ai processi sensibili e strumentali individuati nella presente Parte Speciale, come previsto nel documento denominato “*Flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza*”.