

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 1 di 178

## Fondazione "S. Angela Merici" O.N.L.U.S."

### MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO ai sensi del D.Lgs. 231/2001

**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" o.n.l.u.s.**



**Residenza sanitaria assistenziale per anziani**

Il Presidente

Desenzano del Garda, aprile 2018

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 2 di 178

## INDICE

### SEZIONE I: PARTE GENERALE

1	I RIFERIMENTI NORMATIVI FONDAMENTALI.....	9
1.1	IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001.....	9
1.1.1	<i>Inquadramento del problema</i>	9
1.1.2	<i>I soggetti ed i reati presupposto</i>	13
1.2	IL DECRETO LEGISLATIVO 81/2008.....	21
1.3	LE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE LOMBARDA .....	23
1.4	ULTERIORI FONTI .....	25
2	LE LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL MODELLO .....	26
3	IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO .....	27
3.1	SCOPO E CONTENUTO DEL MODELLO .....	27
4	La Fondazione.....	29
4.1	CENNI STORICI.....	29
4.2	FINALITÀ ED ATTIVITÀ.....	30
4.3	SERVIZI OFFERTI.....	31

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 3 di 178

4.4. ARTICOLAZIONE DELLA STRUTTURA .....	43
4.5 PATRIMONIO E MEZZI FINANZIARI.....	44
5 IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA FONDAZIONE .....	45
5.1 GLI ORGANI .....	45
5.1.1 <i>Il Consiglio di Amministrazione</i> 45	
5.1.2 <i>Il Presidente</i> 48	
5.1.3 <i>La Consulta degli Esperti</i> 49	
5.1.4 <i>Il Revisore dei Conti</i> 50	
5.2 IL SISTEMA DEI POTERI .....	51
6 L’ASSETTO ORGANIZZATIVO .....	55
6.1 PRINCIPI ISPIRATORI E ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO .....	55
6.2 I SOGGETTI IN POSIZIONE APICALE .....	58
6.3 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	58
6.4 LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA .....	60
6.5 LA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO .....	60
7 RISULTATI DELLA FASE DI RISK ASSESSMENT: AMBITI ESPOSTI AL RISCHIO DI EVENTI PREVISTI DAL D.LGS. N. 231/2001 E CONSEQUENTE DETERMINAZIONE DEI RISCHI RILEVANTI.....	63
7.1 INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI ESPOSTI AL RISCHIO DI EVENTI PREVISTI DAL D.LGS. N. 231/2001 E CONSEQUENTE DETERMINAZIONE DEI RISCHI RILEVANTI.....	63

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 4 di 178

7.1.1	<i>Processo di definizione delle aree sensibili</i>	63
7.1.2	<i>Attività sensibili</i>	64
8	<b>L'ORGANISMO DI VIGILANZA E CONTROLLO</b>	66
8.1	<b>REQUISITI E CARATTERISTICHE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA</b>	66
8.2	<b>FUNZIONI, POTERI E ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA</b>	69
8.2.1	<i>Funzioni e poteri dell'Organismo di Vigilanza</i>	69
8.2.2	<i>Attività di controllo dell'Organismo di Vigilanza</i>	71
8.3	<b>INFORMATIVA</b>	72
8.3.1	<i>Informativa all'Organismo di Vigilanza</i>	72
8.3.2	<i>Obblighi di informazione da parte dell'Organismo di Vigilanza</i>	74
8.3.3	<i>Il c.d. whistleblowing ed il compito dell'Organismo di Vigilanza</i>	75
9	<b>IL SISTEMA SANZIONATORIO</b>	78
9.1	<b>CARATTERISTICHE DEL SISTEMA SANZIONATORIO</b>	78
9.2	<b>CRITERI DI GRADUAZIONE DELLE SANZIONI</b>	79
9.3	<b>MISURE NEI CONFRONTI DEI LAVORATORI DIPENDENTI</b>	80
9.4	<b>MISURE NEI CONFRONTI DEI DIRIGENTI</b>	82
9.5	<b>MISURE NEI CONFRONTI DEGLI AMMINISTRATORI E DEI COMPONENTI L'ORGANO DI CONTROLLO</b>	83
9.6	<b>MISURE NEI CONFRONTI DEI COLLABORATORI ESTERNI</b>	84
9.7	<b>MISURE NEI CONFRONTI DELLE SOCIETÀ DI SERVICE, DEI CONSULENTI E DEI PARTNER</b>	85

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 5 di 178

9.8	RIVALSA PER RISARCIMENTO DANNI .....	85
9.9	L'IRROGAZIONE DELLE SANZIONI .....	85
	9.9.1 Premessa	85
	9.9.2 Lavoratori Dipendenti	86
	9.9.3 Dirigenti	87
	9.9.4 Amministratori e componenti l'Organo di controllo	87
	9.9.5 Collaboratori esterni	88
	9.9.6 Società di Service, Consulenti e Partner	89
9.10	CONOSCIBILITÀ .....	89
10	COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL MODELLO .....	89
	ALLEGATO: CLAUSOLE CONTRATTUALI .....	91
	CLAUSOLE CONTRATTUALI RELATIVE A FORNITORI, PARTNER E CONSULENTI.....	91
	DICHIARAZIONE RELATIVA A COLLABORATORI DI FORNITORI, PARTNER E CONSULENTI.....	92
11	PRESIDI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI COMMISSIONE DI REATI .....	93
11.1	PREMESSA.....	93
11.2	IL SISTEMA DEI CONTROLLI .....	94
	11.2.1 Principi, requisiti e livelli di controllo	94
	11.2.2 Il controllo contabile	96
	11.2.3 La sicurezza informatica ed i relativi controlli	97
11.3	IL SISTEMA DI CONTROLLO DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI .....	99

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 6 di 178

11.4	I PROTOCOLLI .....	101
11.4.1	<i>I Protocolli SSL</i> 101	
11.4.1.1	Attività di valutazione dei rischi e predisposizione delle misure di prevenzione e protezione .....	101
11.4.1.2	Standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, movimentazioni carichi, etc. ....	103
11.4.1.3	Gestione delle emergenze (primo soccorso, incendi, etc.) .....	104
11.4.1.4	Aspetti organizzativi (deleghe, nomine di RSPP, RLS, budget e spese) .....	104
11.4.1.5	Sorveglianza sanitaria .....	105
11.4.1.6	Informazione e formazione dei lavoratori .....	106
11.4.1.7	Attività di vigilanza e controllo .....	107
11.4.1.8	Sistema sanzionatorio .....	107
11.4.2	<i>I Protocolli per la gestione dei rapporti con la P.A.</i> 108	
11.4.2.1	Adempimenti presso la P.A., verifiche ed ispezioni .....	108
11.4.2.2	Richiesta e gestione di finanziamenti pubblici .....	108
11.4.2.3	Regali, compensi e altre utilità verso esponenti o rappresentanti della P.A. ....	109
11.4.2.4	Modalità di gestione dei flussi informativi .....	109
11.4.3	<i>Protocollo per la gestione della contabilità e la formazione del bilancio</i> 110	
11.4.3.1	Livelli autorizzativi definiti e separazione delle funzioni .....	112
11.4.3.2	Controllo e monitoraggio specifico .....	112
11.4.3.3	Tracciabilità delle operazioni e archiviazione .....	113
11.4.3.4	Criteri di comportamento .....	114
11.4.4	<i>La gestione dei farmaci e delle sostanze stupefacenti e psicotrope</i> 116	
11.4.5	<i>La gestione della filiera alimentare</i> 116	
12.	PREMESSA .....	117
12.1	MAPPA RISCHI – PROCESSI ORGANIZZATIVI – REATI.....	122
1.1.1	<i>Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008</i> 123	
1.1.2	<i>Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione HACCP</i> 125	
1.1.3	<i>Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di prevenzione della legionellosi</i> 126	
1.1.4	<i>Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679</i> 127	
1.1.5	<i>Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione Qualità ISO 9001:2008</i> 128	

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 7 di 178

1.1.6	<i>Gestione e supporto: attività di governo</i>	128	
1.1.7	<i>Gestione e supporto: debito informativo</i>	129	
1.1.8	<i>Gestione e supporto: gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI</i>	130	
1.1.9	<i>Gestione e supporto: accoglimento e dimissioni</i>	132	
1.1.10	<i>Gestione e supporto: amministrazione</i>	133	
1.1.11	<i>Gestione e supporto: acquisti e logistica</i>	138	
1.1.12	<i>Gestione e supporto: manutenzioni e tarature</i>	140	
1.1.13	<i>Gestione e supporto: tecnologie informatiche</i>	141	
1.1.14	<i>Gestione e supporto: amministrazione e gestione del personale</i>	142	
1.1.15	<i>Gestione e supporto: relazioni esterne</i>	144	
1.1.16	<i>Gestione e supporto: archivio attività di gestione</i>	145	
1.1.17	<i>Gestione e supporto: dichiarazione per mantenimento qualifica ONLUS</i>	145	
1.1.18	<i>Gestione e supporto: servizi generali</i>	146	
1.1.19	<i>Gestione e supporto: smaltimento rifiuti speciali</i>	147	
1.1.20	<i>Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali</i>	148	
1.1.21	<i>Gestione farmaci e stupefacenti</i>	149	
1.1.22	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): gestione domanda ingresso e lista d'attesa RSA e CDI</i>	151	
1.1.23	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): accoglimento e dimissioni</i>	152	
1.1.24	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti</i>	155	
1.1.25	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): rapporti con terzi</i>	157	
1.1.26	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività sanitarie</i>	158	
1.1.27	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività infermieristiche</i>	159	
1.1.28	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività assistenziali</i>	160	
1.1.29	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività fisio-kinesi-terapiche</i>	162	
1.1.30	<i>Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività di animazione</i>	164	
1.1.31	<i>Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta</i>	165	
1.1.32	<i>Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</i>	167	
1.1.33	<i>Attività fisioterapiche per esterni</i>	170	
1.1.34	<i>Attività ambulatoriale per esterni</i>	171	

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 8 di 178

<i>1.1.35 Servizi alberghieri: servizio ristorazione</i>	<i>172</i>
<i>1.1.36 Servizi alberghieri: servizio lavanderia</i>	<i>174</i>
<i>1.1.37 Servizi alberghieri: servizio pulizie</i>	<i>175</i>
<i>1.1.38 Servizi alberghieri: servizi accessori</i>	<i>176</i>
<i>1.1.39 Attività non tipiche</i>	<i>177</i>
<i>1.1.40 Reati trasversali</i>	<i>178</i>

ALLEGATO: TABELLA DEI REATI/ILLECITI PRESUPPOSTO CON RIFERIMENTI LEGISLATIVI E SANZIONI

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 9 di 178

## SEZIONE I: PARTE GENERALE

### **1 I RIFERIMENTI NORMATIVI FONDAMENTALI**

---

#### **1.1 Il Decreto Legislativo 231/2001**

##### ***1.1.1 Inquadramento del problema***

Il Decreto legislativo 8 giugno 2001 n. 231 (in seguito "D.Lgs. 231" o "Decreto") ha introdotto la responsabilità amministrativa "penale" degli enti, i quali possono essere ritenuti responsabili, e di conseguenza sanzionati con pene patrimoniali e interdittive, in relazione a taluni reati commessi o tentati nell'interesse o a vantaggio degli enti stessi da parte degli amministratori, degli altri soggetti apicali o dei dipendenti.

Gli enti possono adottare Modelli di organizzazione, gestione e controllo (di seguito, anche "Modelli") idonei a prevenire i reati stessi.

I reati attualmente più rilevanti, al fine di configurare la responsabilità "penale" degli enti, possono essere ricompresi nelle seguenti categorie:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 10 di 178

- delitti contro la Pubblica Amministrazione,
- reati societari,
- reati commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell’igiene e della salute sul lavoro.

Gli autori dei reati commessi nell'interesse o a vantaggio dell’ente possono essere sia i soggetti in posizione apicale sia i soggetti sottoposti all'altrui direzione e vigilanza. Si ricorda che ai fini del predetto D.Lgs. 231/2001 si considera soggetto in posizione apicale colui che riveste funzioni di rappresentanza dell’ente (ad esempio il Presidente del Consiglio), di amministrazione o direzione dell’ente (ad esempio gli Amministratori ed il Direttore, ove nominato) ovvero di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale (ad esempio institori), nonché coloro che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso.

L'accertamento della responsabilità dell’ente è attribuito al giudice penale mediante :

- la verifica della sussistenza del reato,
- e
- il sindacato di idoneità sul modello organizzativo adottato.

Il Modello è un complesso di principi, regole, protocolli, disposizioni, schemi organizzativi (a partire da organigramma e connessi compiti e responsabilità) funzionale alla prevenzione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001. Allegate allo stesso, e che quindi ne fanno parte integrante e necessaria, sono le clausole contrattuali. L’ente si è inoltre dotato di un Codice Etico.

Il Modello della Fondazione “S. Angela Merici O.N.L.U.S.”(di seguito la “Fondazione”) è emanazione del Consiglio di Amministrazione dell’ente, che provvede ad approvarlo così come il Codice Etico.

Essendo il Modello un “atto di emanazione dell’organo dirigente” (in conformità alle prescrizioni dell’art. 6, comma 1, lettera a), del Decreto), le successive modifiche ed integrazioni del Modello, effettuate su indicazione dell’Organismo di Vigilanza (di cui di seguito, indicato anche come O.d.V.) - eventualmente con un supporto esterno - sono rimesse alla competenza del Consiglio di Amministrazione che dovrà procedere alla adozione della versione modificata dello stesso.

Premesso che la modifica del Modello può essere sostanziale o non sostanziale, nei due casi l’approvazione della versione modificata deve avvenire:

- in caso di modifica sostanziale, nel corso della prima riunione utile;
- in caso di modifica non sostanziale, entro sei mesi dall’effettuazione della stessa.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 11 di 178

Si considerano modifiche sostanziali del Modello:

- l'introduzione di nuove fattispecie di reato che possono determinare la responsabilità dell'ente ai sensi del Decreto e il conseguente aggiornamento del Modello;
- l'aggiornamento del Sistema di Governance, incluse le modifiche al sistema di deleghe ritenute significative dall'Organismo di Vigilanza;
- l'introduzione di nuovi Sistemi di certificazione;
- la revisione estesa-complessiva della Mappa dei rischi e le relative modifiche al Modello,

nonché ogni altra modifica giudicata sostanziale dall'Organismo di Vigilanza.

Tra le modifiche sostanziali, va annoverato inoltre il recepimento delle proposte formulate dall'Organismo di Vigilanza al Consiglio di Amministrazione per gli eventuali aggiornamenti ed adeguamenti del Modello, ritenuti necessari in seguito a violazioni o elusioni delle prescrizioni che mettano in evidenza l'inefficacia del Modello, significative modifiche dell'assetto organizzativo, variazioni normative o orientamenti giurisprudenziali. In particolare, il riesame e l'eventuale modifica del Modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico.

Si considerano invece modifiche non sostanziali del Modello tutte quelle non sopra individuate, tra cui principalmente:

- le variazioni al sistema delle deleghe conferite e riportate nel presente Modello, ad eccezione di quanto sopra;
- la modifica dei presidi esistenti e/o l'introduzione di nuovi presidi;
- l'aggiornamento/modifica/integrazione della Mappa dei rischi, diversa da quella citata tra le modifiche sostanziali;
- l'aggiornamento/modifica/integrazione dei singoli componenti del Modello, i quali sono aggiornati dalle singole funzioni interne competenti, con la supervisione ed il supporto di un soggetto esterno ove ritenuto necessario dall'O.d.V..

Il compito di attuare il Modello è del Consiglio di Amministrazione mediante l'emanazione delle opportune disposizioni interne.

Sono destinatari del Modello tutti coloro che operano per il conseguimento dello scopo e degli obiettivi dell'ente, e pertanto in generale gli esponenti dello stesso, i componenti l'Organismo di Vigilanza, i dipendenti, i collaboratori anche parasubordinati, i consulenti esterni.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 12 di 178

Per esponente si intendono, come di volta in volta in carica, il Presidente, i Consiglieri di Amministrazione ed il Direttore, ove nominato, nonché i membri degli altri Organi Sociali dell’ente eventualmente istituiti.

Si intende, inoltre, qualsiasi altro soggetto in posizione apicale che rivesta funzioni di rappresentanza, amministrazione o direzione, gestione, controllo dell’ente, ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

A tal fine, si ricorda che, ai fini del predetto Decreto Legislativo, si considera soggetto in posizione apicale colui che riveste funzioni di rappresentanza dell’ente (ad esempio il Presidente del Consiglio di Amministrazione), di amministrazione o direzione dell’ente (ad esempio gli Amministratori), nonché coloro che esercitano anche di fatto la gestione e il controllo dello stesso.

L’adozione del presente Modello Organizzativo è comunicata a tutte le risorse operanti per la struttura al momento della sua delibera di approvazione.

Le regole di condotta contenute nel presente Modello si integrano con quelle del Codice Etico adottato dall’ente.

Il Modello è comunicato a ciascun componente degli Organi sociali, a ciascun soggetto apicale e a ciascun responsabile di funzione, i quali sottoscrivono una dichiarazione di conoscenza e adesione al Modello, archiviata dall’Organismo di Vigilanza.

Un Estratto del Modello è messo a disposizione di tutti i collaboratori dell’ente presso gli uffici amministrativi.

Il Codice Etico viene affisso nella bacheca della Fondazione e viene consegnato a tutti gli apicali, i componenti gli Organi Sociali ed a tutti i dipendenti e collaboratori anche parasubordinati, inclusi i volontari.

I principi e i contenuti del Decreto e del Modello sono divulgati mediante corsi di formazione, ai quali tutti gli apicali, i dipendenti ed i collaboratori in generale sono tenuti a partecipare. I corsi di formazione saranno diversificati in relazione alle funzioni ricoperte dai partecipanti (Componenti l’O.d.V., Amministratori, Apicali, dipendenti e collaboratori).

La formazione verrà effettuata, oltre che contestualmente all’adozione del Modello, anche a seguito di sue variazioni particolarmente significative, dovute ad eventi esogeni (esempio: inserimenti di nuovi reati presupposto e/o modifiche normative attinenti) ed endogeni (modifiche relative alla Fondazione). La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l’O.d.V. vigilerà su tale partecipazione. Il contenuto e la frequenza dei corsi saranno stabiliti dall’O.d.V..

L’impegno al rispetto del Modello 231 della Fondazione da parte di terzi aventi rapporti contrattuali con la stessa è previsto da apposita clausola del relativo contratto (di cui in allegato al presente Modello).

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 13 di 178

### **1.1.2 I soggetti ed i reati presupposto**

Il D. Lgs. 231/2001 ha introdotto, nel nostro ordinamento giuridico, la "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica" (definite enti), in conseguenza di reati commessi o tentati nel loro interesse o a loro vantaggio da soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria.

Sono soggette alla stessa normativa, altresì, le persone che esercitano anche di fatto la gestione ed il controllo dell'ente e le persone sottoposte alla direzione o vigilanza dei predetti soggetti.

Per effetto dell'entrata in vigore dell'indicata norma, gli enti hanno elaborato e adottato un sistema di prevenzione che, intervenendo sui processi, concorre a prevenire la commissione di fatti illeciti commessi da propri dipendenti e/o collaboratori, così da fungere da esimente rispetto alle sanzioni penali previste dal Decreto citato.

Trattasi della prevenzione dei cosiddetti "reati presupposto" commessi, appunto, nell'interesse dell'ente o a suo vantaggio dai soggetti specificamente sopra individuati.

Come risaputo, la normativa esclude, viceversa, che l'ente risponda se gli individuati "reati presupposto" siano compiuti nell'interesse esclusivo della persona fisica o di terzi.

Il tipo di responsabilità prefigurata dal D. Lgs. n. 231/2001 si aggiunge alla responsabilità che fa capo alla persona singola (ex se considerata).

In sintesi, l'art. 5 del D. Lgs. n. 231/2001 prevede che l'ente sia responsabile relativamente ai reati individuati dallo stesso Decreto, commessi da:

- soggetti apicali, come sopra definiti, ovvero
- persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di un apicale.

Come già evidenziato, le persone citate devono avere, tuttavia, agito nell'interesse oppure a vantaggio dell'ente.

Le disposizioni in esame contengono profili di novità e di estrema rilevanza, poiché introducono la possibilità che ad un ente (ivi comprendendo in genere le persone giuridiche, le società e le associazioni, anche prive di personalità giuridica, nonché le Fondazioni) venga ricondotta una responsabilità definita genericamente "amministrativa", ma di fatto di tipo penale, diversa, autonoma e concorrente rispetto a quella delle persone fisiche, e conseguente a specifici fatti di reato commessi nell'interesse o a vantaggio dell'ente stesso:

- a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 14 di 178

b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a).

Va, altresì, osservato che tale tipo di responsabilità degli enti non opera "sic et simpliciter" per tutti i reati commessi da coloro che lavorano al loro interno, ma, affinché sussista, occorre che si tratti di uno dei reati specifici previsti dal Decreto stesso ("reati presupposto"), che ha subito le seguenti integrazioni normative, che hanno ampliato il novero dei reati ricompresi nell'ambito di operatività della norma in esame:

- D.L. n. 350 del 25 settembre 2001, convertito con Legge n. 409 del 23 novembre 2001;
- Decreto Legislativo n. 61 dell'11 aprile 2002;
- Legge n. 7 del 14 gennaio 2003;
- Legge n. 228 dell'11 agosto 2003;
- Legge n. 62 del 18 aprile 2005, che ha riformulato il Decreto Legislativo n. 58/1998, prevedendo, per le Società quotate, oltre al reato di abuso di informazioni privilegiate e di manipolazione del mercato, anche l'ipotesi delle corrispondenti fattispecie di illeciti amministrativi, e stabilendo per essi specifiche sanzioni e l'applicazione in linea di massima dei principi enunciati dal Decreto Legislativo n. 231/2001
- Legge n. 262 del 28 dicembre 2005 in materia di tutela del risparmio;
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile";
- Legge 16 marzo 2006, n. 146, che ha previsto un'ulteriore estensione della responsabilità amministrativa degli enti in relazione a determinate ipotesi di reato transnazionale.
- Legge n. 123 del 03 Agosto 2007, che ha previsto la responsabilità dell'ente per reati contro la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro;
- Decreto Legislativo n. 231 del 21 novembre 2007 che estende la responsabilità dell'ente ai reati di ricettazione, riciclaggio ed impiego di denaro beni o utilità di provenienza illecita;
- Legge n. 48 del 18 marzo 2008 che prevede, tra i reati presupposto, i delitti informatici ed il trattamento illecito di dati;
- D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 che, all'art. 300, ha modificato l'art. 25-septies del Decreto;
- Legge n. 94 del 15 luglio 2009 che introduce (art. 2, co. 29) Delitti di criminalità organizzata;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 15 di 178

- Legge n. 99 del 23 luglio 2009 “Disposizioni per lo sviluppo e internazionalizzazione delle imprese, nonché in materia di energia”, che introduce (art. 15, co. 7) Delitti contro l'industria e il commercio e Delitti in materia di violazione del diritto d'autore nonché modifica la rubrica dell'art. 25 bis così come infra riportata;
- Legge n. 116 del 3 agosto 2009 che all'art. 4 introduce il reato di “Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria”);
- Decreto Legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 - Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE. Con tale Decreto viene abrogato l'Art. 2624, e modificato l'Art.2625 del c.c., entrambi richiamati dall'art.25 ter del D.Lgs. n. 231/2001;
- D.Lgs. n. 121 del 7 luglio 2011, rubricato “Attuazione della Direttiva 2008/99/CE sulla tutela penale dell'ambiente, nonché della Direttiva 2009/123/CE che modifica la Direttiva 2005/35/CE relativa all'inquinamento provocato dalle navi e all'introduzione di sanzioni per violazioni”.

Tale Decreto prevede, all'Art. 2:

- la diversa numerazione dell'Art. 25 novies del D.Lgs. 231/2001 (induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'Autorità Giudiziaria) in Art. 25 decies;
- l'inserimento dell'Art. 25 undecies nel D.Lgs. 231 “Reati ambientali”;
- D.Lgs. n. 109 del 25 luglio 2012, che ha introdotto l'art. 25-duodecies – “Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare”;
- Legge n. 190 del 6 novembre 2012 rubricata “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”. Tale norma ha introdotto, tra i c.d. “reati presupposto” il reato di “Induzione indebita a dare o promettere utilità” (art. 319-quater c.p.) e il reato di “Corruzione tra privati” (art. 2635 c.c.) ed ha modificato la portata e/o il trattamento sanzionatorio di alcuni reati contro la Pubblica Amministrazione, quali la “Corruzione per un atto d'ufficio” (art. 318 c.p.), ora rubricata “Corruzione per l'esercizio della funzione”, e la concussione (art. 317 c.p.), in parte confluita nel succitato nuovo reato di “Induzione indebita a dare o promettere utilità” (art. 319-quater c.p.);
- Legge 15 dicembre 2014, n.186, che all' 3, comma 3 inserisce nel Codice Penale l'articolo 648-ter.1. (Autoriciclaggio). Il medesimo articolo della Legge ha quindi modificato l'articolo 25-octies del Decreto, inserendo al primo comma il richiamo all'art. 648-ter.1. ed aggiungendo alla rubrica, in fine, le parole “, nonché autoriciclaggio”.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 16 di 178

- Legge 22 maggio 2015, n. 68 recante Disposizioni in materia di delitti contro l’ambiente, la quale, oltre ad aver modificato in materia significativa il D.Lgs. 152/2006, ha introdotto nel Codice Penale un lungo elenco di reati ambientali, una buona parte dei quali è configurato dalla Legge stessa come reato presupposto, con conseguente modificazione e integrazione dell’art. 25-undecies;
- Legge 27 maggio 2015, n. 69 che, all’art. 12, ha introdotto “Modifiche alle disposizioni sulla responsabilità amministrativa degli enti in relazione ai reati societari”. Questa Legge ha altresì, tra l’altro: modificato il reato di false comunicazioni sociali, introdotto il reato di false comunicazioni sociali con fatti di lieve entità; modificato il reato di false comunicazioni sociali delle società quotate; sostituito l’art. 317 del Codice Penale (Concussione);
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati – applicabile a decorrere dal 25 maggio 2018;
- Legge 29 ottobre 2016, n. 199 (in G.U. 03/11/2016, n. 257) che con l’art. 6, comma 1 ha disposto la modifica dell’art. 25-quinquies, comma 1, lettera a) dovendosi annoverare tra i reati presupposto anche quello previsto e punito dall’art. 603-bis c.p. rubricato “Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro”
- Decreto legislativo 15 marzo 2017, n. 38 – Attuazione della decisione quadro 2003/569/GAI del Consiglio, del 22 luglio 2003, relativa alla lotta contro la corruzione nel settore privato che ha introdotto l’art. 2635-bis del codice civile (Istigazione alla corruzione tra privati) e, con l’art. 6, ha modificato l’art. 25-ter, comma 1, del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 sostituendo la lettera s-bis) che così recita: “per il delitto di corruzione tra privati, nei casi previsti dal terzo comma dell'articolo 2635 del codice civile, la sanzione pecuniaria da quattrocento a seicento quote e, nei casi di istigazione di cui al primo comma dell'articolo 2635-bis del codice civile, la sanzione pecuniaria da duecento a quattrocento quote. Si applicano altresì le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2”;
- Legge 17 ottobre 2017, n. 161 (in G.U. 04/11/2017, n. 258) che all’art. 30, comma 4, ha modificato l’art. 25-duodecies del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 aggiungendo i commi 1-bis, 1-ter, 1-quarter (Disposizioni contro le immigrazioni clandestine)
- Legge 20 novembre 2017, n. 167 (in G.U. 27/11/2017 n. 277) - Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2017 che, con l’art. 5 comma 2, ha introdotto nel decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 l’art. 25-terdecies (Razzismo e xenofobia)

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 17 di 178

- Legge 30 novembre 2017, n. 179 (in G.U. 14/12/2017 n. 291) - Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato che, con l'art. 2, ha modificato l'art. 6 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 aggiungendo i commi 2-bis, 2-ter, 2-quater e così introducendo una disciplina *ad hoc* sul fenomeno del c.d. *whistleblowing* inquadrando nell'ambito del modello organizzativo 231 le misure legate alla presentazione e gestione delle segnalazioni con previsione di sistemi che consentano ai lavoratori di segnalare in condizioni di sicurezza gli eventuali illeciti di cui vengano a conoscenza.
- Decreto legislativo 1 marzo 2018, n. 21 (in G.U. 22/03/2018 n. 68 - Disposizioni di attuazione del principio di delega della riserva di codice nella materia penale a norma dell'articolo 1, comma 85, lettera q), della legge 23 giugno 2017, n. 103 che con l'art. 7 ha previsto l'abrogazione con incidenza sull'art. 25-undecies, comma 1 lettera f) e comma 8 e sull'art. 25-terdecies, comma 1 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231.;

Il testo attualmente in vigore del Decreto Legislativo contempla dunque le seguenti fattispecie di reato:

- art. 24 (indebita percezione di erogazioni, 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);
- art. 24 bis (delitti informatici e trattamento illecito di dati);
- art. 24 ter (delitti di criminalità organizzata);
- art. 25 (concussione, induzione indebita a dare promettere utilità e corruzione);
- art. 25 bis (falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento);
- art. 25 bis.1. (delitti contro l'industria e il commercio);
- art. 25 ter (reati societari);
- art. 25 quater (delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico);
- art. 25 quater.1 (pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili);
- art. 25 quinquies (delitti contro la personalità individuale);
- art. 25 sexies (abusi di mercato);

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 18 di 178

- art. 25 septies (omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro);
- art. 25 octies (ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio);
- art. 25 novies (delitti in materia di violazione del diritto d'autore);
- art. 25 decies (induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria);
- art. 25 undecies (reati ambientali);
- art. 25 duodecies (impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare)
- art. 25 terdecies (razzismo e xenofobia)

Ad esse si aggiungono altresì i seguenti reati transnazionali, di cui all'art. 10 della Legge 146/2006, in quanto ai conseguenti illeciti amministrativi previsti da detto articolo si applicano le disposizioni di cui al D. Lgs. n. 231/2001.

- art. 416 c.p. associazione per delinquere;
- art. 416 bis c.p. associazione di tipo mafioso;
- art. 291 quater T.U. D.P.R. 43/73 (materia doganale) associazione per delinquere finalizzata al contrabbando di tabacchi esteri;
- art. 74 del T.U. D.P.R. 309/90 associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- art. 12 commi 3, 3bis, 3ter e 5 del T.U. di cui al D.Lgs. n.286/98 disposizioni contro le immigrazioni clandestine;
- art. 377 bis c.p. induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'Autorità Giudiziaria;
- art. 378 c.p. favoreggiamento personale.

Si rileva che in data 17 agosto 2013 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93 recante "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", il quale modificava l'art. 24 bis co. 1 del Decreto, nel modo seguente: "le parole "e 635-quinquies" sono sostituite dalle seguenti: ", 635-quinquies e 640-ter, terzo comma," e dopo le parole: "codice penale" sono aggiunte le seguenti: "nonché dei delitti di cui agli articoli 55, comma 9, del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, e di cui alla Parte III, Titolo III, Capo II del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196."

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 19 di 178

Il Decreto Legge è stato convertito, con modificazioni, con la Legge 15 ottobre 2013, n.119, che non ha recepito l'allargamento del perimetro dei reati presupposto previsto nel Decreto, limitandosi a modificare l'art.640ter del Codice Penale (Frode informatica) per quanto concerne le aggravanti, e la previsione della pena se il fatto è commesso con furto o indebito utilizzo dell'identità digitale in danno di uno o più soggetti.

Inoltre, la fattispecie di cui all'art. 416-ter del Codice Penale, rubricato "Scambio elettorale politico-mafioso" e già contenuto nel perimetro dei reati presupposto, è stata sostituita dall'art.1, comma 1, L. 17 aprile 2014, n. 62, a decorrere dal 18 aprile 2014, ai sensi di quanto disposto dall'art. 2, comma 1 della medesima L. 62/2014.

La Legge 186/2014, sopra citata, ha poi modificato, aumentandola, la pene edittale di cui agli articoli 648-bis (Riciclaggio), e 648-ter (Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita) prevista in entrambi i casi al primo comma.

Riprendendo l'esame della responsabilità degli enti, si sottolinea come, per il meccanismo di accertamento di tale tipo di responsabilità, essa venga definita "amministrativa" in omaggio al principio costituzionale della personalità della responsabilità penale, anche se il "modus operandi" la avvicina in più punti ad una responsabilità penale sia per il tipo di processo, sia per le sanzioni comminate, sia ancora per l'autorità giudicante e inquirente (penale) ed infine per la possibilità di adottare misure cautelari.

Il processo a cui è fatto riferimento si articolerà quindi in due autonomi giudizi: uno nei confronti del collaboratore indagato ed un altro nei confronti dell'ente.

Sono previste sanzioni (ex art. 9 e 10) pecuniarie ed eventualmente, per i casi più gravi, l'interdizione dall'esercizio dell'attività, la sospensione o la revoca delle autorizzazioni funzionali alla commissione dell'illecito, il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, l'esclusione da agevolazioni o sussidi, il divieto di pubblicizzare beni o servizi, la confisca del prezzo o del profitto del reato, e la pubblicazione della sentenza.

Particolare rilevanza assumono le "sanzioni interdittive", che si applicano in relazione ai reati per i quali sono espressamente previste e quando ricorrono le condizioni indicate dall'art. 13: la loro gravità deriva anche dalla comminabilità in sede cautelare.

Le sanzioni possono essere evitate ove l'ente adotti modelli di comportamento (procedure di autocontrollo) idonei a prevenire i reati.

Il Modello deve rispondere alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito esiste la possibilità che vengano 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 dei reati;

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 20 di 178

- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello;
- prevedere, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire e ad eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

Inoltre, l'efficace attuazione del Modello richiede una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando siano scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività.

L'Ente non risponde se prova che:

1. in caso di reato presupposto commesso dai cosiddetti "soggetti apicali":
  - a) l'organo dirigente ha adottato (e provato di avere efficacemente attuato) prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi ed ha affidato ad un proprio organismo, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, l'onere di vigilare e di curare il loro aggiornamento;
  - b) le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione ovvero non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'Organismo di Vigilanza.
2. in caso di reato presupposto commesso da persone sottoposte alla direzione e alla vigilanza di un apicale, non vi è stata inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza. Tale inosservanza è in ogni caso esclusa se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Si ricorda che il Decreto, all'articolo 6, pone a carico dell'ente l'onere di provare l'avvenuta adozione delle misure preventive solo nel caso in cui l'autore del reato sia un soggetto "apicale" come sopra definito ("inversione dell'onere della prova").

Sulla base dell'interpretazione letterale della norma, si ritiene invece che, nel caso in cui l'autore del reato sia sottoposto all'altrui direzione o vigilanza, l'onere probatorio, relativo alla mancata adozione delle misure preventive, spetti al Pubblico Ministero.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 21 di 178

## 1.2 Il Decreto Legislativo 81/2008

Il legislatore del D.Lgs. n. 81/2001, tenuto conto della particolarità del contesto di riferimento, all’art. 30 ha inteso individuare più specificamente gli obiettivi ed i contenuti, anche ulteriori rispetto a quelli indicati negli art. 6 e 7 del D.Lgs. n. 231/2001, che devono caratterizzare i Modelli organizzativi perché questi possano essere giudicati idonei ed efficacemente adottati, con conseguente possibilità per l’ente, in tali ipotesi, di beneficiare dell’efficacia esimente ad essi riconosciuta.

In particolare, il Modello organizzativo dovrà essere adottato ed efficacemente attuato, in modo tale da assicurare un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

- a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- d) alle attività di sorveglianza sanitaria;
- e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- h) alle periodiche verifiche dell’applicazione e dell’efficacia delle procedure adottate.

Proseguendo, l’art. 30 richiede espressamente che il modello organizzativo preveda:

- idonei sistemi di registrazione dell’avvenuta effettuazione delle attività di cui sopra. Tale previsione, da un lato, facilita l’attività investigativa documentale della polizia giudiziaria finalizzata all’accertamento della responsabilità amministrativa dell’ente; dall’altro, offre all’ente la possibilità di “opporre” una preliminare difesa a dimostrazione della assenza di responsabilità;
- per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell’organizzazione e dal tipo di attività svolta, un’articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche ed i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello;
- un idoneo sistema di controllo sull’attuazione del medesimo Modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il riesame e l’eventuale modifica del Modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 22 di 178

prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico.

In sede giurisprudenziale, il Tribunale di Trani, con la sentenza in data 29.10.2009, ha statuito la necessità che l'impianto del Modello, allorché non siano coinvolti soggetti dipendenti dell'ente, preveda comunque l'adozione di cautele e regole per evitare che dipendenti di enti terzi possano subire lesioni o perdere la vita per infrazioni commesse dai loro datori di lavoro nell'esecuzione delle attività lavorative loro assegnate. In particolare, è stato chiarito che il controllo dei rischi non può esaurirsi nell'ambito della struttura organizzativa ed aziendale della società in questione, ma deve essere esteso anche all'osservanza delle medesime regole da parte dei soggetti che con quest'ultima entrano, direttamente o indirettamente, in rapporti lavorativi.

L'adozione e l'efficace attuazione del Modello di verifica e controllo assume, inoltre, particolare rilievo in termini di riconoscimento dell'avvenuto adempimento dell'obbligo di vigilanza nei confronti del delegato da parte del Datore di Lavoro delegante, secondo quanto previsto dall'art. 16, comma 3, del D.Lgs. n. 81/2008. Quest'ultimo stabilisce infatti che tale obbligo di vigilanza si intende assolto in caso di adozione ed efficace attuazione del Modello di verifica e controllo di cui all'articolo 30, comma 4.

In punto di idoneità del Modello, il comma 5 dell'articolo in esame introduce una presunzione di legge secondo cui si considera conforme alle prescrizioni sopra riportate il Modello organizzativo adottato dall'ente definito conformemente alle Linee guida UNI-INAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007 per le parti corrispondenti.

In merito, inoltre, è previsto, ai sensi del combinato disposto dell'art. 6 e dell'art. 30, comma 5-bis del D.Lgs. n. 81/2008, che la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro può indicare Modelli di organizzazione e gestione aziendale, nonché elaborare procedure semplificate per l'adozione e l'efficace attuazione dei Modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nelle piccole e medie imprese. Tali procedure sono recepite con decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Rilevante, ai fini che qui interessano, è anche la disposizione contenuta all'art. 51, comma 3-bis secondo cui gli organismi paritetici di cui all'art. 2, comma 1, lettera ee), su richiesta delle imprese, possono rilasciare l'asseverazione dell'adozione e dell'efficace attuazione dei Modelli di organizzazione e gestione della sicurezza di cui all'articolo 30.

Si ricorda inoltre che è stato statuito in sede giurisprudenziale (cfr. Tribunale di Trani, sentenza in data 26 ottobre 2009), che i documenti di valutazione dei rischi redatti ai sensi degli artt. 26 e 28 del D.Lgs. n. 81/2008:

- non sono equiparabili al Modello organizzativo e gestionale di cui al D.Lgs. n. 231/2001;
- non assumono valenza nella direzione di assicurare l'efficacia esimente di cui agli artt. 6 e 7.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 23 di 178

In merito, occorre rilevare che il sistema introdotto dal D.Lgs. n. 231/2001 impone agli enti di adottare un Modello organizzativo diverso e ulteriore rispetto a quello previsto dalla normativa antinfortunistica, onde evitare in tal modo la responsabilità amministrativa.

Non a caso, mentre i documenti di valutazione dei rischi nel contesto normativo di cui al D.Lgs. n. 81/2008 sono disciplinati dagli artt. 26 e 28, il Modello di organizzazione e gestione di cui al D.Lgs. n. 231/2001 è contemplato dall'art. 30 del citato D.Lgs. n. 81/2008, segnando così una distinzione non solo nominale ma anche funzionale.

### 1.3 Le Deliberazioni della Giunta Regionale Lombarda

La Deliberazione della Giunta Regionale lombarda n. IX/3540 del 30.05.2012 (di seguito DGR 3540) ha approvato l'Allegato B alla stessa DGR avente ad oggetto “I requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie”.

Tra detti requisiti trasversali, e pertanto obbligatori per l'accREDITAMENTO, vi è l'adozione del Modello di cui al D.Lgs. 231/2001.

Per quanto concerne il contenuto del Modello, la citata DGR 3540 fornisce precise indicazioni per i Modelli 231 che debbono essere adottati dalle RSA accreditate operanti nella Regione Lombardia. Essa stabilisce infatti, al punto 2.2.3 dell'Allegato B, che “i principi informativi del modello organizzativo da attuare in forza del Decreto Legislativo n. 231 dell'8/06/2001 sono i seguenti:

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

La succitata DGR prescrive poi che “il modello organizzativo si articola in due parti: generale e speciale. Il modello organizzativo parte generale descrive la disciplina di riferimento, l'assetto organizzativo dell'ente, il sistema di Governance (tra cui il sistema disciplinare), prevede un'attività di formazione dei dipendenti in relazione alla disciplina della responsabilità degli enti ed elabora i risultati della fase “risk assessment”. La parte speciale si articola in presidi come procedure, protocolli, ordini di servizio specificamente adottati per la gestione del rischio di commissione di reati di cui al decreto legislativo n. 231/2001, con

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 24 di 178

particolare riferimento alle aree caratteristiche (es. flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli ospiti, salute e sicurezza sul posto di lavoro, smaltimento rifiuti, ecc.) e alle procedure strumentali al funzionamento dei processi caratteristici (es. acquisti, conferimento di incarichi di consulenza, ecc). Le procedure devono evidenziare i flussi di informazione previsti verso l'organismo di vigilanza.

Il Modello organizzativo va corredato da documenti di analisi dei rischi, prodotti preferibilmente in forma autonoma, che devono contenere obbligatoriamente la mappatura dei rischi, redatta in forma specifica ed esaustiva e non meramente descrittiva o ripetitiva del dettato normativo. Nella mappatura dei rischi, vanno dunque contenuti tutti gli elementi che portano alla valutazione del rischio complessivo dell'ente e della sua compliance come ad esempio:

- l'analisi delle funzioni e le attività svolte esaminate secondo l'esposizione al rischio “231”;
- l'analisi delle voci di conto economico e patrimoniali che fungono da “sensore” del livello di criticità dei processi strumentali al potenziale compimento dell'illecito 231 come ad esempio gli acquisti di beni e servizi, i finanziamenti in varia forma che provengono dalla Pubblica Amministrazione, l'affidamento di incarichi di consulenza, gli incarichi a dipendenti pubblici ed incaricati di pubblico servizio, le spese di rappresentanza degli amministratori e degli apicali, gli omaggi, le assunzioni di personale e le collaborazioni a vario titolo.

Il modello organizzativo deve dunque prevedere, in relazione alle diverse tipologie di reati (valutati “sensibili” tramite la c.d. “analisi/mappatura dei rischi” nell'ambito dell'attività dell'ente), specifici presidi capaci di evitare il rischio di commissione dei reati tipici previsti dalla normativa di cui al decreto legislativo n. 231/2001.”

Nella seduta del 31/10/2014 la Giunta della Regione Lombardia ha poi approvato la Deliberazione n. X/2569, che:

- ha abrogato la DGR 3540/2012;
- ha disposto la revisione del sistema dell'esercizio e dell'accreditamento sociosanitari, a tal fine approvando, tra l'altro, l'allegato 1 intitolato “Requisiti generali soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici”;
- ha dato atto che le disposizioni dello stesso “provvedimento integrano o sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle D.G.R. relative alle singole tipologie di unità d'offerta sociosanitarie”.

Detta DGR ha posto, tra i requisiti generali per l'accreditamento, l'adozione del modello organizzativo e del codice etico ai sensi del decreto legislativo 231/2001, stabilendo in proposito quanto segue:

“Il soggetto gestore di unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli ottanta posti letto o di unità d'offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a ottocentomila euro annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo, è tenuto ad

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 25 di 178

adeguarsi a quanto previsto dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300, adottando il relativo modello organizzativo e il codice etico. Inoltre, ai sensi dell'articolo 6 del citato decreto legislativo, provvede alla nomina dell'organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo. Il soggetto gestore rende pubblico il proprio codice etico utilizzando il sito web (se esistente) o altri idonei mezzi.

Il soggetto gestore attesta annualmente, entro il 28 febbraio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante o dai procuratori speciali:

- l'adozione del codice etico comportamentale;
- la nomina dell'organismo di vigilanza, con l'identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche;
- l'avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia;
- l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza.

Nonostante l'intervenuta abrogazione della DGR 3540, si è comunque ritenuto di mantenere, nel presente Modello, quanto essa prevedeva per lo stesso sia relativamente all'articolazione sia relativamente ai contenuti, come sopra riportato, in quanto in linea con la migliore dottrina e giurisprudenza nonché con la best practice.

#### **1.4 Ulteriori fonti**

Ad integrazione dei punti precedenti, sono state impiegate anche le seguenti ulteriori fonti normative, per quanto di interesse “231”:

- D.Lgs. 193/2007 – HACCP, "Attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore", nonché la ulteriore normativa comunitaria e nazionale afferente;
- D.P.R. 62/2013, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- Circolare n. 83607/2012 del Comando Generale della Guardia di Finanza - III Reparto Operazioni - Ufficio Tutela Economia e Sicurezza: “Attività della Guardia di Finanza a tutela del mercato dei capitali - Parte IV: Disposizioni comuni.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 26 di 178

Alle suddette fonti si è fatto riferimento, nel presente Modello, per la redazione dei protocolli afferenti nonché per la valutazione dei rischi all’interno della fase di Risk Assessment.

Con riferimento alla Circolare della Guardia di Finanza, essa è stata impiegata quale elemento per la definizione dell’Organismo di Vigilanza.

## **2 LE LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL MODELLO**

---

Il Decreto fornisce scarse indicazioni in merito alle modalità di redazione del Modello, nonché ai suoi contenuti, al fine di consentirne l’efficacia esimente.

Infatti, le uniche indicazioni sono reperibili al secondo comma dell’art.6 del Decreto, che stabilisce che i Modelli “devono rispondere alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- b) prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l’attuazione delle decisioni dell’ente in relazione ai reati da prevenire;
- c) individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- d) prevedere obblighi di informazione nei confronti dell’organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l’osservanza dei modelli;
- e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello”.

A miglior specifica, il terzo comma del medesimo articolo statuisce che “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 sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati.”

Il Modello della Fondazione è stato conseguentemente predisposto sulla base dei seguenti documenti:

- le “linee guida per la costruzione dei Modelli di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n.231” emesse da Confindustria, approvate il 7 marzo 2002 ed aggiornate al marzo 2014, approvate in data 21 luglio 2014 con nota del Ministero della Giustizia, che ha dichiarato idonee a prevenire i reati ex D.Lgs. 231/2001 le “linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo” elaborate da Confindustria;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 27 di 178

- il “Modello di Codice di comportamento” emesso da UNEBA e giudicato idoneo dal Ministero della Giustizia con lettera n. m-dg.DAG.0082307.U del 19 giugno 2013.

### **3 IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO**

---

#### **3.1 Scopo e contenuto del Modello**

Scopo del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo è quello di fornire indicazioni sui contenuti del Decreto Legislativo e sul particolare tipo di responsabilità amministrativa degli enti (tra cui le Fondazioni) che esso introduce nel nostro ordinamento per i reati commessi, nel loro interesse o vantaggio, dai propri esponenti o dipendenti.

È inoltre volto ad indirizzare le attività interne affinché siano in linea con lo stesso e a vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza.

In particolare ha la finalità di:

- generare, in tutti coloro che operano in nome e per conto dell’ente, la consapevolezza di poter incorrere, in caso di violazione delle norme richiamate dal Decreto Legislativo n. 231/2001, in un illecito, passibile di sanzioni nei propri confronti e nei riguardi dell’ente (se questo ha tratto vantaggio dalla commissione del reato, o comunque se quest’ultimo è stato commesso nel suo interesse);
- chiarire che i comportamenti illeciti sono condannati dalla Fondazione in quanto contrari sia alle disposizioni di legge sia ai principi cui essa intende attenersi nell’espletamento della propria missione;
- fissare e rendere noti tali principi, indicandoli nel Modello e nel Codice Etico adottati;
- implementare, in particolare attraverso l’O.d.V., azioni di monitoraggio e controllo interno, indirizzate soprattutto agli ambiti gestionali più esposti in relazione al Decreto Legislativo n. 231/2001, nonché la formazione dei collaboratori al corretto svolgimento dei loro compiti, al fine di prevenire e contrastare la commissione dei reati stessi;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 28 di 178

- favorire l’emersione di fenomeni corruttivi all’interno di enti pubblici e privati implementando in favore dei soggetti apicali e di coloro che sono sottoposti alla loro direzione o vigilanza un sistema di segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del decreto legislativo 231 e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione;
- prevedere delle sanzioni a carico dei destinatari del presente Modello che lo abbiano violato, ovvero abbiano commesso un illecito sanzionabile ai sensi del Decreto Legislativo n. 231/2001.

A seguito dell’emanazione del D.Lgs. 231/2001, la Fondazione ha avviato il processo di individuazione ed adozione di tutte le misure necessarie ed opportune, finalizzate ad adeguare la propria organizzazione interna alle disposizioni del Decreto 231/2001.

Il Modello si compone di una Parte Generale ed una Parte Speciale, configurate, per le ragioni sopra riportate, così come indicato dalla citata DGR 3540.

Con riferimento alla Parte speciale, essa consta dei seguenti capitoli:

- Presidi per la gestione del rischio di commissione dei reati, in cui sono analizzati i sistemi di gestione e controllo ed inseriti i protocolli;
- Mappatura dei rischi, in cui sono state identificate delle attività che, esclusivamente in relazione ai loro specifici contenuti, potrebbero essere esposte (o maggiormente esposte) al rischio di commissione dei reati contemplati dal D.Lgs. 231/2001;

Per la sua elaborazione, si è proceduto - previa l’opportuna ricognizione - ad associare ai processi organizzativi interni (nel cui svolgimento, in via teorica, potrebbero integrarsi gli estremi di reato di cui alla normativa in esame) le varie fattispecie di reato considerate dal Decreto.

Le aree di rischio individuate sono da intendersi come un complesso in evoluzione, da adeguarsi periodicamente in relazione a modifiche normative e/o a variazioni interne.

In allegato sono state inserite le Schede reato, ciascuna delle quali è relativa ad uno specifico reato e riporta:

- il testo dell’articolo di legge e la finalità della previsione normativa, oltre alla disamina della fattispecie;
- i soggetti attivi;
- i presupposti e delle possibili modalità di commissione del reato.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 29 di 178

## 4 La Fondazione

---

### 4.1 Cenni storici

La “Fondazione S. Angela Merici - O.n.l.u.s.” trae origine dall’Ente Morale, eretto con R.D. 27 aprile 1931 n. 761 con la denominazione di “Ricovero dei Vecchi”, successivamente trasformato in IPAB con la denominazione di “Pia Opera S. Angela Merici”, con D.M. del 27 Settembre 1965, e dello stesso ne prosegue, senza soluzione di continuità, l’opera.

Dal 1° gennaio 2004, in seguito alla Legge Regionale n.1/2003 che, all’interno del quadro normativo nazionale, ha definito i criteri di de-pubblicizzazione delle IPAB, e con Deliberazione n. VII/15903 del 30 dicembre 2003 della Giunta Regionale della Lombardia, è avvenuta la trasformazione dell’IPAB denominata “Pia Opera S. Angela Merici” in Fondazione senza scopo di lucro.

Fin dalle sue origini, il legame tra la comunità desenzanese e l’allora “Ricovero dei Vecchi” è sempre stato molto forte. Questo ha consentito il confluire all’Ente di numerosi lasciti e donazioni che hanno permesso il suo sostentamento economico e finanziario. Alcuni di questi lasciti, sia anteriormente che posteriormente alla sua costituzione, sono pervenuti attraverso l’Ospedale Civile di Desenzano del Garda, sotto il vincolo di destinarne il frutto per il ricovero, il mantenimento e la cura delle persone disabili del luogo. In ottemperanza agli intendimenti dell’insigne benefattore Ercoliano Papa, l’ente è stato intitolato alla Santa desenzanese Angela Merici (1474 - 1540), antesignana dell’assistenza ai poveri, agli anziani ed agli infermi, in omaggio alla particolare devozione che la città rivolge alla santa concittadina nota per la sua istituzione dedicata alla promozione umana e civile della donna.

Parallelamente alle trasformazioni giuridiche e di denominazione che l’ente ha subito nel suo percorso storico, la Fondazione ha saputo affrontare con successo numerosi passaggi ed importanti sfide di modernizzazione suggerite dalle nuove pratiche sulla cura della persona anziana.

Negli anni ’90 la Fondazione ha affrontato un’impegnativa ristrutturazione che le ha consentito di dotarsi degli standard necessari per essere accreditata come RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ed entrare a far parte della rete dei servizi regionali; inoltre si è dotata di nuove figure professionali per garantire un approccio più globale alla cura e di nuovi servizi (tra cui: alcuni posti per la gestione di persone in stato comatoso, il Nucleo Alzheimer e il Centro Diurno Integrato) per poter offrire al territorio nuove risposte all’invecchiamento della persona ed alla disabilità.

Nel 2004 la Fondazione si è aperta sul territorio con ulteriori servizi quali: ricoveri di sollievo, Assistenza Domiciliare Integrata, fisioterapia domiciliare, ambulatorio fisioterapico per esterni, tutti volti a migliorare le potenzialità di cura rivolte a chi desidera rimanere al proprio domicilio.

Nel 2011 è stato inaugurato il nuovo Nucleo Alzheimer, in locali ristrutturati secondo le più recenti evidenze scientifiche sulla cura della demenza.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 30 di 178

Nel 2012 si sono attivati nove posti di sollievo per utenti non-autosufficienti che necessitano di una temporanea assistenza socio-sanitaria, in attesa di ingresso definitivo in una struttura di cura o di ritornare al proprio domicilio. Inoltre, nel mese di ottobre del 2012, è stato attivato un Centro Diurno Integrato specificatamente dedicato ai pazienti affetti da demenza, così da alleviare l’impegno assistenziale dei care-giver di riferimento.

Essendo la Fondazione un ente di diritto privato autonomo sia dal punto di vista giuridico che organizzativo, essa ha ottenuto il riconoscimento di O.N.L.U.S. cioè di “Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale”, il che significa che la Fondazione opera all’interno delle dinamiche del Terzo Settore e non può in alcun modo distribuire eventuali utili di bilancio derivanti dalla gestione dei servizi ma deve necessariamente re-impiegarli all’interno della Fondazione stessa.

#### **4.2 Finalità ed attività**

La Fondazione persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale ed ha quindi lo scopo di erogare servizi di assistenza sociale e socio-sanitaria in favore di persone svantaggiate, non autosufficienti o disagiate nonché di esercitare la propria attività istituzionale nei settori dell’assistenza sociale e socio sanitaria, dell’assistenza sanitaria, della beneficenza e della formazione. In particolare, per la tutela delle persone svantaggiate, la Fondazione gestisce servizi sociali, socio sanitari e sanitari di natura residenziale e provvede, verso il pagamento di un corrispettivo, all’alloggio, al mantenimento ed all’assistenza morale e materiale delle persone che si trovino in condizioni di svantaggio economico e/o di salute e/o sociale e/o familiare.

La Fondazione non persegue scopo di lucro, ed essendo Ente di diritto privato autonomo sia dal punto di vista giuridico che organizzativo, può qualificarsi come “organizzazione non lucrativa di utilità sociale” (O.N.L.U.S.) ai sensi degli articoli 10 e seguenti del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460 e successive integrazioni e modificazioni. In conseguenza di ciò è obbligatorio l’uso, nella denominazione ed in qualsivoglia segno distintivo o comunicazione rivolta al pubblico, della locuzione “organizzazione non lucrativa di utilità sociale” o dell’acronimo “ONLUS”.

Nel rispetto delle finalità statutarie il Consiglio di Amministrazione può deliberare di ammettere ad usufruire dei servizi dell’ente a titolo gratuito o in forma agevolata anche anziani con particolari situazioni di disagio economico.

La Fondazione indirizza prioritariamente i propri interventi verso gli utenti residenti nei Comuni in cui essa ha propri presidi e servizi assistenziali.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, la Fondazione può promuovere:

- l’allestimento e la gestione di Residenze Sanitarie Assistenziali, strutture protette e Case di Riposo e, in genere, di ogni altra struttura o servizio utile per rispondere, in via prioritaria, ai bisogni delle persone anziane ed a quelli di soggetti svantaggiati in ragione delle proprie condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 31 di 178

- l'organizzazione e l'erogazione di servizi e prestazioni a carattere residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale o domiciliare, sia di carattere sanitario che sociale;
- l'attività educativa, la promozione culturale, l'addestramento, la formazione e l'aggiornamento di soggetti che, a titolo professionale o volontario, operano nei settori in cui esplica la propria attività;
- la partecipazione di attività di ricerca e studio sui temi di particolare interesse nei settori in cui esplica la propria attività, anche attraverso l'attuazione di iniziative sperimentali;
- la promozione e/o la gestione di servizi di assistenza domiciliare integrata in favore di anziani inabili al lavoro proficuo, in condizioni di non autosufficienza anche parziale, che intendano vivere presso la propria abitazione;
- l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, anche in favore di utenti non ospitati presso le strutture gestite dalla Fondazione.

Unicamente per la realizzazione dei propri scopi e nell'esercizio delle proprie attività istituzionali, la Fondazione può inoltre:

- stipulare accordi di collaborazione e/o convenzioni di qualsiasi genere e tipo con Enti pubblici o privati, anche valorizzando l'opera del volontariato;
- compiere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari e finanziarie, ivi compresa la concessione di garanzie reali e personali in favore proprio o di terzi.

Per il perseguimento dei fini istituzionali e per il raggiungimento degli obiettivi dello Statuto, la Fondazione può dunque associarsi con Enti pubblici e privati, attraverso forme di collaborazione e di raccordo sia con le Istituzioni pubbliche che con Associazioni di volontariato riconosciute.

Si fa carico, inoltre, di particolari esigenze connesse alla condizione degli ospiti e degli anziani del territorio, con il più ampio campo di azione, in conformità all'evoluzione dei tempi, come recita il logo della Fondazione stessa.

L'attività della Fondazione si svolge esclusivamente nell'ambito del territorio della Regione Lombardia.

### **4.3 Servizi offerti**

La Fondazione S. Angela Merici – Onlus rappresenta nel panorama bresciano una delle più grandi strutture presenti sul territorio. Attualmente gestisce direttamente i seguenti servizi:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 32 di 178

- **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**: costituita da 175 posti letto, di cui 166 accreditati e 9 autorizzati come temporanei di sollievo. La RSA dispone di un nucleo di 20 posti letto riservati ad ospiti affetti da Alzheimer. La struttura è attrezzata per accogliere persone in stato vegetativo e affette da SLA.
- **Ricoveri temporanei di sollievo**: sono autorizzati 9 posti letto destinati a ricoveri di sollievo finalizzati ad alleviare, per periodi temporanei, le famiglie nel carico di cura.
- **Centro Diurno Integrato (CDI)**: accreditato per 15 posti a disposizione della cittadinanza per coadiuvare nella cura le famiglie con anziani che vivono al proprio domicilio.
- **Centro Diurno Integrato (Alzheimer)**: accreditato per 12 posti riservati alla cura di ospiti con compromissione delle funzioni cognitive e con problemi comportamentali e più in particolare per ospiti affetti da demenza senile, con particolare riferimento a quella derivante dalla malattia di Alzheimer.
- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**: prestazioni infermieristiche e fisioterapiche erogate attraverso voucher e credit a domicilio dei richiedenti, integrate quando necessario da prestazioni assistenziali. Più specificamente, il voucher Socio-Sanitario consiste in un intervento economico a favore di persone “fragili” (principalmente anziani e disabili, ma non solo), affinché ricevano, nel luogo in cui vivono abitualmente, l’assistenza e le cure adeguate al loro stato di salute. In tal modo coloro che assistono la persona ammalata o non autosufficiente ricevono un sostegno ed una integrazione con interventi di aiuto sanitario e sociale.
- **Servizio fisioterapia per utenti esterni**: presso la sede della Fondazione è attivo un servizio per trattamenti fisioterapici rivolto ad utenti esterni. Il servizio nasce con lo scopo di rispondere ad un’esigenza concreta della popolazione, e non è convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale. Le prestazioni si intendono, dunque, a pagamento e completamente a carico dell’utente.

L’attività riabilitativa avviene in osservanza delle prescrizioni previste dalla Circolare 4/3/2003 – n.7 della DG Famiglia e solidarietà sociale.

- **Servizi ambulatoriali**: rivolti alla popolazione locale con particolare riferimento a quelle persone per le quali non sono previste forme di assistenza a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Nei locali vengono effettuate prestazioni infermieristiche e socio-assistenziali, visite fisiatriche, esami ECG con refertazione, visite specialistiche geriatriche, valutazione multidimensionale dell’anziano, valutazioni neuropsicologiche dello stato cognitivo. La Fondazione effettua la gestione amministrativa, inclusi gli incassi, trattenendo una quota su ciascuna prestazione.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 33 di 178

Il funzionamento del servizio RSA è stato autorizzato con validità definitiva con atto n. 335/2004 del 11 febbraio 2004, relativamente a 175 posti letto autorizzati, di cui 166 accreditati con deliberazione della Giunta Regionale in data 19 dicembre 2007 n. VIII/6212, per cui la medesima Unità d’Offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia. I 9 posti non accreditati sono destinati, come indicato, a Ricoveri temporanei di sollievo, per la durata massima di 90 giorni, finalizzati ad alleviare temporaneamente le famiglie nel carico di cura.

Il servizio CDI dispone di complessivi 15 posti autorizzati al funzionamento con decreto del Presidente della Provincia di Brescia num. 333/2004 del 11 febbraio 2004, tutti accreditati con provvedimento regionale n. 15039 del 14 novembre 2003, per cui la medesima Unità d’Offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

Il servizio CDI dedicato a soggetti Alzheimer è stato aperto a seguito di visita ispettiva per presentazione di S.C.I.A. del 19 ottobre 2012, Prot. 0140408, per messa in esercizio unità di offerta e presentazione richiesta di accreditamento del 31 ottobre 2012, Prot. 0145993. Il servizio ha, come indicato, una capacità di 12 posti.

Il servizio ADI viene svolto in ottemperanza al contratto “per l’erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata tramite voucher soci-sanitario e credit”, stipulato in data 14 gennaio 2010 con l’ASL di Brescia.

Il servizio di Fisioterapia per Esterni viene svolto in osservanza delle prescrizioni previste dalla circolare del 4 marzo 2003-7 della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

I due ambulatori per esterni sono stati attivati a seguito di comunicazione all’ASL di competenza.

Infine, la Fondazione ha stipulato con l’ASL competente, in data 31.03.2014, il “contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici per la realizzazione delle misure di cui alla D.G.R. 856 del 25.10.2013 ‘Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo’”, che riguarda la misura “**RSA aperta**”.

Più specificamente, i servizi offerti da ciascuna unità di offerta sono i seguenti:

### **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

La Residenza Sanitaria Assistenziale ha sede in via Gramsci 25, Desenzano del Garda. E’ una struttura in grado di fornire in via continuativa in regime di residenzialità prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (L.R. n.3, 12 marzo 2008) a soggetti anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, cognitive, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio e per i quali il ricovero ospedaliero risulti improprio.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 34 di 178

Garantisce supporto, temporaneo e/o definitivo, nelle attività base della vita quotidiana: deambulazione, alimentazione, abbigliamento, ecc., finalizzate alla cura della persona e delle sue relazioni, attraverso interventi specifici di terapie riabilitative ed animative.

In accordo con l'ASL, la struttura è organizzata per accogliere pazienti in stato vegetativo permanente o affette da SLA con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale. La valutazione della richiesta di ammissione e la successiva autorizzazione al ricovero sono di competenza dell'ASL.

All'interno della RSA è presente, sin dall'anno 1995, un **reparto protetto (Nucleo Alzheimer)** di 20 posti-letto per l'assistenza di ospiti affetti da demenza in fase moderata-severa associata a disturbi del comportamento. Il reparto protetto ha come obiettivo il controllo di disturbi del comportamento, la riduzione della contenzione fisica e farmacologica, il mantenimento e/o recupero dell'autonomia personale, il ri-orientamento temporale, spaziale e personale, la riduzione dello stress dei familiari, la cura della persona attraverso una adeguata strutturazione dell'ambiente fisico e relazionale attorno all'anziano.

Dal mese di dicembre 2011 il Nucleo Alzheimer è stato trasferito in locali appositamente ristrutturati, posti al piano terra ed attigui alla struttura principale. Il nuovo Nucleo offre ampi locali, dispone di 4 camere singole ed 8 a due posti letto, percorsi interni guidati per facilitare l'orientamento dell'ospite e spazi comuni in cui favorire la relazione ospite/parente. Dispone di un proprio giardino multisensoriale.

Nella retta di degenza sono comprese le prestazioni di seguito indicate:

Servizi amministrativi: i servizi amministrativi svolgono per conto degli utenti /familiari le seguenti pratiche: cambio di residenza (su richiesta del parente e/o dell'interessato), rilascio certificazioni amministrative, rilascio certificazioni sanitarie, consegna/invio posta personale, assistenza nel disbrigo di semplici pratiche burocratiche individuali.

Servizio di Assistenza alla persona: il servizio di assistenza alla persona è garantito dall'equipe di infermieri, di operatori socio-assistenziali, di fisioterapisti. Il/la Responsabile di Reparto è la figura professionale responsabile dell'organizzazione di tali servizi; in collaborazione con l'equipe predispone i piani di lavoro, concorda le priorità assistenziali, supervisiona la qualità dell'assistenza. Cura in particolare l'accoglienza dei nuovi ospiti e partecipa alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato. Il/la Responsabile di Reparto si rende disponibile a colloqui sia con l'ospite che con i familiari per fornire indicazioni in merito all'assistenza e all'organizzazione della casa. L'assistenza alle attività di vita quotidiana è garantita nell'arco delle 24 ore dagli operatori addetti all'assistenza, che agiscono sulla base di una pianificazione assistenziale rispettosa degli obiettivi di miglioramento della salute, rispettando specifici protocolli, in coerenza con le indicazioni medico-infermieristiche, aggiornate in base all'andamento clinico dell'ospite. L'equipe assistenziale nello svolgimento/aiuto delle attività di cura, stimola la persona al mantenimento e, se possibile, al recupero delle capacità residue. Nello specifico vengono garantiti i seguenti servizi:

- **Igiene e Cura alla Persona**: comprende l'igiene quotidiana, il bagno assistito periodico, la vestizione con abbigliamento personale ed idoneo.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 35 di 178

- **Mobilizzazione:** prevede l'alzata e la rimessa letto dell'ospite; la variazione dei decubiti per le persone con specifiche esigenze; l'assistenza nella deambulazione con l'impiego corretto degli ausili, in collaborazione con il servizio di fisioterapia.
- **Alimentazione:** per ospiti che necessitano di aiuto totale o parziale nell'alimentazione/idratazione, l'operatore di assistenza garantisce un aiuto personalizzato, con la finalità di salvaguardare le singole capacità residue della persona (tagliare le pietanze, imboccare, sorvegliare, stimolare ad alimentarsi). L'aiuto nell'alimentazione potrà essere effettuato da volontari appositamente formati.
- **Controllo e gestione dell'incontinenza:** prevede l'accompagnamento in bagno degli ospiti con capacità residue e la sostituzione dei presidi per l'incontinenza.
- **Assistenza notturna:** assicura il controllo, la sorveglianza e la tutela degli ospiti, mediante frequenti controlli nelle singole stanze, in base ai livelli di dipendenza/non autosufficienza. Attraverso interventi personalizzati e finalizzati alla risoluzione del bisogno dell'ospite, nell'arco del riposo notturno, sono programmati ulteriori interventi per garantire il cambio di postura, l'idratazione e la sostituzione dei presidi per l'incontinenza. L'ospite in grado di soddisfare in autonomia le proprie necessità, può richiedere la collaborazione del personale in servizio attraverso la chiamata con il campanello.

Servizio Infermieristico: il Servizio Infermieristico è garantito tutti i giorni nelle 24 ore. Come previsto dal profilo professionale (D.M. n° 739 del 14.09.1994.) l'infermiere è il responsabile dell'assistenza: fondamentale è il suo apporto all'equipe assistenziale per pianificare, gestire e valutare i piani assistenziali individualizzati; svolge attività di natura tecnica, educativa, relazionale; collabora con il medico nel garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche. Il personale infermieristico è il referente per gli operatori di assistenza nell'affrontare e gestire i problemi assistenziali degli ospiti; si rende inoltre disponibile, per gli ambiti di propria competenza, a colloqui con l'ospite ed i familiari. Il locale di riferimento, per le attività previste, compreso gli incontri d'equipe, le comunicazioni o informazioni ai parenti, è la guardiola, individuabile nella zona centrale del reparto (nucleo).

Servizio Socio-Assistenziale: il servizio è garantito dagli Ausiliari Socio-Assistenziali (ASA) e dagli Operatori Socio-Sanitari (OSS), che sono presenti in struttura 24 ore al giorno in più unità. Essi, attraverso attività integrate di assistenza, erogano le prestazioni sostitutive delle cure familiari, assicurando alle persone anziane la soddisfazione delle esigenze primarie (cura, alimentazione ed igiene della persona), l'aiuto nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, il sostegno delle relazioni e della socializzazione degli ospiti. L'OSS collabora con l'infermiere e lo coadiuva negli interventi assistenziali, terapeutici e riabilitativi, nonché nelle attività assistenziali alberghiere, animative e di svago. Esegue le direttive dell'infermiere e/o della caposala, esegue medicazioni semplici, monitora parametri vitali come pressione arteriosa e temperatura corporea, esegue la disinfezione e sterilizzazione del materiale sanitario.

Assistenza sanitaria: ciascun reparto fa riferimento ad un medico interno al quale è possibile rivolgersi negli orari di presenza in struttura per colloqui inerenti gli aspetti sanitari dell'assistenza all'ospite.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 36 di 178

La Fondazione garantisce, durante il periodo di degenza dell'ospite, l'assistenza sanitaria di base attraverso la presenza di due medici di reparto che si alternano nelle ore diurne, nonché un servizio di reperibilità medica a copertura di tutte le fasce orarie e giornate in cui non vi è la presenza attiva del medico.

Il servizio di reperibilità è garantito dai medici di reparto oppure da altri medici convenzionati con la Fondazione.

Prestazioni sanitarie: all'ingresso l'ospite è sottoposto ad un inquadramento clinico-cognitivo e funzionale con rivalutazioni periodiche programmate e/o al variare delle sue condizioni clinico-funzionali. In particolare si provvede:

- all'inquadramento clinico anche mediante accertamenti diagnostici ritenuti opportuni dal medico di riferimento
- alla visita specialistica fisiatrica
- alla consulenza specialistica dermatologica, al bisogno
- all'inquadramento cognitivo (esame neuropsicologico, MMSE)
- all'inquadramento funzionale: BARTHEL INDEX, TINETTI
- alla valutazione del rischio lesioni da decubito (stato funzionale, nutrizionale, clinico, metabolico, scala di NORTON)

Nel caso in cui un medico della struttura ravveda la necessità di una consulenza specialistica o di accertamenti diagnostici, gli oneri relativi al servizio di trasporto dell'ospite presso la sede di svolgimento delle prestazioni sono a carico dell'Ente.

Servizio di Riabilitazione: La struttura garantisce un servizio riabilitativo avvalendosi della collaborazione di un consulente fisiatra. Tutti i componenti dell'equipe di fisioterapia, tra cui un coordinatore, sono dipendenti della struttura. Ciascun ospite, alcuni giorni dopo l'ingresso, viene sottoposto a consulenza fisiatrica per una prima valutazione e, se necessario, stesura di un programma riabilitativo. Di norma, è prevista una valutazione fisiatrica annuale; tuttavia, su indicazione del medico di reparto o specifiche necessità, l'ospite potrà essere rivisitato dal fisiatra per le prescrizioni riabilitative del caso, in relazione al PAI individuato dall'equipe multidisciplinare.

In caso di prescrizione di carrozzina personalizzata o altri presidi da parte del medico fisiatra, la pratica per ottenerne il beneficio verrà seguita dal Servizio di riabilitazione.

Servizio animazione: il servizio animazione è costituito da personale qualificato, dipendente della struttura, tra cui un coordinatore, e da volontari di cui il servizio si avvale per la gestione di alcune attività. Le attività proposte sono in linea con quanto strutturato nel PAI del singolo ospite con l'obiettivo di affiancare l'anziano nei vari momenti della giornata proponendo occasioni di socializzazione e di svago ma anche di vicinanza e di ascolto. Particolare attenzione viene data al momento dell'accoglienza, che risulta essere una fase cruciale di tutto il percorso che l'anziano farà all'interno della Struttura. Le

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 37 di 178

attività potranno anche essere costituite da gite ed uscite, garantite attraverso l'utilizzo di un apposito pulmino attrezzato di proprietà dell'Ente o da automobili private attraverso l'attivazione di volontari.

Servizio ristorazione: la ristorazione è garantita da un appalto ad una ditta esterna.

Il menù base è costruito nel rispetto delle tabelle dietologiche approntate per persone anziane e con problemi di alimentazione, cercando il più possibile di rispettare la tradizione culinaria tipica della zona. Oltre al menù base ed alle diverse varianti quotidianamente a disposizione degli ospiti, sia a pranzo che a cena, per particolari esigenze sanitarie vengono fornite diete individuali specifiche. Il menù si differenzia nella stagione estiva ed in quella invernale e ruota su quattro settimane. Il menù del giorno è affisso ad ogni piano ed all'interno delle sale da pranzo. Vengono, inoltre, strutturati menù specifici in occasione di particolari festività.

Servizio manutenzione: la struttura garantisce un servizio manutenzione destinato ad assicurare la funzionalità delle attrezzature di proprietà dell'Ente, nonché la gestione ordinaria degli impianti della struttura. In caso si ravvisino rotture o mal funzionamenti delle apparecchiature (letto, campanello, carrozzina etc.) è necessario rivolgersi al/alla Responsabile di Reparto che provvederà ad attivare il servizio manutenzione.

Servizio lavanderia: Il servizio provvede al lavaggio e alla stiratura degli indumenti degli ospiti.

Al momento della domanda viene consegnato un elenco di capi che rappresenta il corredo minimo consigliato a ciascun ospite per un'adeguata permanenza in struttura. I capi usurati vengono riconsegnati dal/dalla Responsabile di Reparto ai parenti, che sono invitati a reintegrare appena possibile il corredo e a controllare periodicamente la dotazione di abiti e biancheria.

Assistenza religiosa: all'interno della Fondazione è attivo il servizio di “Cappellania” (costituito da un Sacerdote, una Suora ed un gruppo di Volontari) per assicurare lo svolgimento delle funzioni di culto cattolico e l'assistenza religiosa ad ospiti e familiari, nel totale rispetto delle abitudini di vita di ciascuno.

L'accesso è comunque assolutamente libero ai ministri di culto di altre religioni la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

Tramite l'apporto del servizio Animazione e la collaborazione del personale volontario viene garantito, a chi è interessato, l'ausilio negli spostamenti per raggiungere la Cappella presente all'interno dell'edificio. Il Sacerdote ed i membri della Cappellania sono disponibili ad essere contattati dagli ospiti e dai familiari per ricevere assistenza religiosa.

Sono inoltre compresi nella retta i servizi di telefono, corrispondenza, custodia valori e camera ardente; per i detta gli si rinvia alla Carta dei Servizi.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 38 di 178

Non sono invece compresi nella retta i servizi seguenti:

- parrucchiere e barbiere;
- trasporti all'esterno della struttura;
- eventuali ticket richiesti dal sistema sanitario nazionale per esami diagnostici in strutture convenzionate;
- la fornitura di protesi, quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc.;
- le spese telefoniche;
- prestazioni richieste dall'Ospite o dai suoi familiari (non prescritte direttamente dalla Struttura);
- visite specialistiche ed il podologo.

L'Ente, tuttavia, ha provveduto a stipulare, quando possibile, apposite convenzioni al fine di mantenere prezzi calmierati.

### **Ricoveri temporanei di sollievo**

La RSA gestisce nove posti destinati a ricoveri temporanei (di regola, tra i 15 ed i 90 giorni) di persone anziane, accudite a domicilio, finalizzati ad alleviare le famiglie nel carico di cura.

Gli anziani che vengono accolti in RSA in regime “di sollievo” usufruiscono di tutti i servizi a disposizione per gli utenti residenziali, salvo quanto di seguito specificato.

L'assistenza sanitaria è garantita dai medici della Struttura, anche se l'ospite rimane in carico al SSN (Servizio Sanitario Nazionale), mantenendo il proprio medico di base. Restano a carico del SSN i farmaci, che continueranno ad essere prescritti dal medico di base dell'ospite e approvvigionati presso le farmacie del territorio da parte dei suoi congiunti. Durante la degenza verranno utilizzati i presidi per incontinenza forniti dal SSN, che i familiari dell'ospite dovranno approvvigionare rivolgendosi alle farmacie locali. Risulta sempre a carico del SSN tutta la protesica (stampelle, deambulatori, carrozzine, ecc.) da richiedere ai servizi ASL competenti per il tramite del medico di base. Potranno essere concordate modalità di fornitura da parte dell'Ente di farmaci e presidi per l'incontinenza con corrispondente incremento della retta. Risultano a carico dell'Ospite i trasporti in ambulanza verso i presidi ospedalieri.

Per il ricovero di sollievo sono disponibili 9 posti distribuiti in tre tipologie di stanze, tutte poste al primo piano di degenza:

- due stanze di tre posti letto con bagno

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 39 di 178

- una stanza di due posti-letto con bagno
- una stanza singola con bagno

La retta giornaliera è determinata dal Consiglio di Amministrazione. La retta risulta maggiore rispetto a quella richiesta per i posti accreditati di RSA, non essendo integrata dal contributo sanitario regionale. La retta giornaliera varia in riferimento alla tipologia di stanza (singola/multipla).

### **Centro Diurno Integrato (CDI)**

Dal 2002, per rispondere alla domanda di cure alternative alla istituzionalizzazione proveniente dal territorio di Desenzano, la Fondazione ha attivato un CDI al proprio interno.

Il Centro Diurno Integrato è un servizio accreditato dalla Regione Lombardia, dedicato a persone anziane con minima disabilità o affette da deterioramento cognitivo di grado lieve. Gli anziani che lo frequentano permangono presso il servizio durante il giorno usufruendo di tutti i servizi che la struttura mette a disposizione e tornano a domicilio nel tardo pomeriggio. Grazie a questo servizio si riesce a garantire alle famiglie un sostegno reale e momenti di tutela e di sollievo, consentendo all'anziano il permanere nel proprio ambiente di riferimento il più possibile, posticipando un eventuale ricovero definitivo in RSA.

Il CDI si rivolge a famiglie che hanno al proprio interno un anziano che esprime un bisogno sociosanitario e di cura difficilmente gestibile a domicilio, ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero definitivo in RSA, ad anziani che vivono da soli, il cui permanere tutta la giornata a domicilio sia considerato rischioso sia per le loro condizioni di salute che per il rischio di emarginazione sociale.

Il servizio può accogliere:

- persone di età di norma superiore ai sessanta anni, trasportabili, con compromissione lieve dell'autosufficienza, inseriti in famiglie non in grado di assolvere in forma continuativa al carico assistenziale, conviventi o meno;
- anziani con compromissione lieve dell'autosufficienza che vivono da soli e privi in tutto o in parte di un contesto familiare di riferimento e quindi a rischio di emarginazione, per i quali l'assistenza domiciliare risulti insufficiente o troppo onerosa.

Non possono accedere al servizio soggetti con problematiche psichiatriche attive, soggetti affetti da demenza in presenza di disturbi comportamentali, soggetti diversamente abili in età giovane o adulta.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 40 di 178

Su richiesta dell'interessato, e limitatamente al territorio del Comune di Desenzano del Garda, la Fondazione è disponibile ad effettuare il trasporto dell'anziano da/verso casa. Il trasporto è compreso nella retta ed è effettuato con un minibus attrezzato per il trasporto dei disabili (è quindi utilizzabile anche se l'anziano è in carrozzina). Gli orari del trasporto sono concordati con la famiglia cercando di contemperare le esigenze dell'utente con quelle di organizzazione del servizio e della logistica complessiva.

L'utente residente nel Comune di Desenzano, che non utilizza il servizio di trasporto, può beneficiare di una riduzione sulla retta giornaliera.

Il CDI è funzionante durante l'intero arco dell'anno, dal lunedì al sabato compreso. Sono escluse le domeniche ed i giorni festivi.

Il centro è accreditato per accogliere 15 anziani.

La frequenza è di norma continuativa (dal lunedì al sabato). In particolari occasioni e previo accordo con la Fondazione potranno essere considerate modalità di frequenza diverse.

Il CDI si pone l'obiettivo di offrire agli anziani che lo frequentano le seguenti prestazioni, in conformità al PAI (Piano Assistenziale Individuale) elaborato dall'equipe multidisciplinare:

- valutazione clinica, funzionale, cognitiva (all'ingresso e durante la permanenza)
- valutazioni specialistiche, fisiologica e neuropsicologica (all'ingresso e durante la permanenza)
- assistenza infermieristica (monitoraggio parametri biologici, somministrazione terapia, medicazioni)
- prestazioni assistenziali: assistenza durante le piccole manovre igieniche (igiene dentale, gestione protesi dentaria), assistenza durante l'alimentazione, minzioni programmate, eventuale cambio del presidio per incontinenza (pannolone)
- trattamenti riabilitativi di recupero e/o mantenimento dello stato funzionale
- attività di animazione tendenti a favorire la socializzazione ed a rallentare il decadimento cognitivo. Sono comprese le uscite che potranno essere effettuate utilizzando il pulmino dell'Ente o auto private messe a disposizione dei Volontari che coadiuvano il Servizio animazione nelle attività
- i pasti durante la permanenza: spuntino di metà mattina; pasto di mezzogiorno (secondo il menù della struttura); merenda del primo pomeriggio
- assistenza religiosa: per assicurare lo svolgimento delle funzioni religiose di culto cattolico e l'assistenza religiosa agli ospiti e familiari, nell'assoluto rispetto della confessione religiosa di ciascuno e delle abitudini di vita. L'accesso è comunque libero ai ministri di culto di altre religioni la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

L'importo della retta giornaliera e del trasporto sono decisi annualmente dal Consiglio di Amministrazione, che stabilisce anche l'importo di riduzione della retta stessa in caso di assenza.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 41 di 178

Dalla retta rimangono escluse le seguenti prestazioni:

- i medicinali, che continuano ad essere prescritti dal medico di medicina generale
- i presidi per l'incontinenza (pannoloni)
- quanto necessita per l'igiene personale o per particolari necessità individuali
- i servizi di trasporto dell'Ospite dal CDI ad una struttura di cura o ufficio o luogo per sua necessità, quando non prescritti dalla Direzione Sanitaria della Fondazione;
- le spese telefoniche;
- prestazioni richieste dall'Ospite o dai suoi familiari (non prescritte direttamente dalla Struttura);
- visite specialistiche;
- il podologo e il servizio parrucchiere.

Il CDI è situato al piano terra all'interno dell'immobile della Fondazione.

### **Centro Diurno Integrato (Alzheimer)**

Dopo aver ultimato, alla fine del 2011, il nuovo nucleo Alzheimer della RSA, l'Ente ha provveduto a ristrutturare alcuni locali contigui allo stesso, al fine di realizzare un'unità d'offerta semiresidenziale rivolta a persone affette da alterazioni della cognitiv  ed in particolare dalla malattia di Alzheimer. Si   quindi provveduto ad allestire uno spazio in cui, in sinergia con il nucleo Alzheimer ed avvalendosi delle esperienze di cura in esso sviluppate, affrontare la gestione di paziente affette da demenza, particolarmente disturbanti, ma anche di alleviare l'impegno dei familiari che li assistono al domicilio e ritardare l'istituzionalizzazione del malato.

Il Centro Diurno Integrato (Alzheimer) fonda la sua specificit  sui seguenti elementi:

- personale formato, per capacit  psicologica e contenuti operativi, per affrontare la gestione di pazienti disturbanti;
- ambiente adatto alle necessit  degli ospiti, con particolare attenzioni alle soluzioni architettoniche e all'organizzazione degli spazi;
- programmi di attivit  adatti alla particolare condizione in cui versa la persona affetta da demenza;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 42 di 178

- coinvolgimento dei familiari per raccogliere informazioni sulla storia clinica dell’ospite, sulle sue abitudini di vita e sulle modalità per comunicare nel miglior modo con lui.

Il CDI garantisce alcune attività riabilitative sia cognitive che motorie, oltre all’osservazione clinica ed alla somministrazione dei farmaci. Il servizio è destinato, oltre alla cura diretta dell’ospite, a sviluppare anche progetti di supporto ai care giver, al fine di poter meglio gestire al domicilio il proprio congiunto.

Il CDI è funzionante durante l'intero arco dell'anno, dal lunedì al venerdì. Sono altresì esclusi i giorni festivi.

Il CDI si pone l’obiettivo di offrire agli anziani che lo frequentano le seguenti prestazioni, in conformità al PAI (Piano Assistenziale Individuale) elaborato dall’equipe multidisciplinare:

- valutazione clinica, funzionale, cognitiva (all’ingresso e durante la permanenza)
- assistenza infermieristica (monitoraggio parametri biologici, somministrazione terapia, medicazioni);
- prestazioni assistenziali: assistenza durante le piccole manovre igieniche (igiene dentale, gestione protesi dentaria), assistenza durante l’alimentazione, minzioni programmate, eventuale cambio del presidio per incontinenza (pannolone);
- trattamenti riabilitativi di recupero e/o mantenimento dello stato funzionale;
- attività di animazione tendenti a ritardare il declino funzionale dell’ospite. Attivazione di un progetto di Alzheimer Caffè per informare i caregiver sulle problematiche assistenziali cui può andare incontro il malato;
- i pasti durante la permanenza: spuntino di metà mattina; pasto di mezzogiorno (secondo il menù della struttura); merenda del primo pomeriggio. Non è prevista la cena.

L’importo della retta giornaliera e del trasporto sono decisi annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Per le prestazioni escluse dalla retta si rinvia a quanto specificato relativamente al CDI (v. sopra).

Il CDI è situato al piano terra, all’interno dell’immobile della Fondazione. I locali sono contigui con quelli del nucleo Alzheimer, con il quale condivide il giardino attrezzato, l’angolo bar ed alcuni locali di servizio. Con la RSA condivide invece la palestra di riabilitazione, l’ambulatorio medico. Sono presenti i seguenti locali polifunzionali: un locale di 30 mq destinato a sala da pranzo ed animazione intercomunicante con un locale destinato a soggiorno e socializzazione.

Il CDI dispone inoltre di un locale polifunzionale destinato al riposo diurno, arredato con poltrone reclinabili e, attiguo a questo, di un locale aggiuntivo attrezzato per ospitare, all’occorrenza, due posti letto.

Il CDI è dotato di due bagni con wc attrezzato per disabili. Uno di questi dispone anche di un box doccia. Dispone inoltre di un servizio igienico per il personale addetto all’assistenza ed un bagno riservato ai visitatori e parenti.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 43 di 178

#### 4.4. Articolazione della struttura

La struttura, ubicata in Desenzano del Garda, Via A. Gramsci 25, è articolata in più corpi e su tre piani oltre al piano terra ed al seminterrato. Essa possiede tutti i requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi richiesti per l'accreditamento con la Regione Lombardia.

I servizi generali (presidenza, direzione generale e sanitaria, uffici amministrativi, archivio, centralino/portineria) sono ubicati al piano terra, che accoglie altresì la mensa, i servizi del personale, la lavanderia e guardaroba nonché la cucina con dispensa, locali accessori e celle frigorifere. Dalla cucina, il trasporto delle vivande viene effettuato ai vari reparti per mezzo di apposito ascensore.

I numerosi spazi comunitari comprendono: auditorium per ginnastica di gruppo, rappresentazioni teatrali, proiezioni cinematografiche, riunioni; locale per la ginnastica di gruppo; ufficio e sale per attività manuali di animazione; palestre di riabilitazione fisioterapica; sale da pranzo e salette soggiorno tv; salone d'ingresso, bar, parrucchiere; parco-giardino con piste per l'accesso alle carrozzine, giochi per bambini, attrezzature per concerti e feste all'aperto.

Al piano rialzato, accessibile con un apposito ascensore, è ubicata la chiesa.

Il Centro Diurno Integrato (CDI) ed il CDI Alzheimer si trovano al piano terra.

Parimenti, il Nucleo Alzheimer è ubicato al piano terra, in locali attigui al fabbricato principale, ed è dotato di ingresso autonomo per i visitatori.

I nuclei abitativi della RSA sono disposti, come detto, su più piani ed in due complessi uniti da un collegamento coperto; essi hanno in comune la palestra fisioterapica.

Ciascun piano è dotato di un'ampia terrazza vista lago a disposizione degli ospiti. Di recente tutti i reparti residenziali sono dotati di servizio continuo di ricambio dell'aria primaria e di climatizzazione che ha contribuito in modo notevole al miglioramento della qualità di vita degli ospiti, specie nel periodo estivo.

Il collegamento tra i piani è assicurato da due scale e da tre ascensori, tutti utilizzabili sia dagli anziani che dai visitatori.

I piani sono dotati di stanze singole o multiple (massimo tre letti) con propri servizi igienici, impianto TV, impianti di chiamata e di comunicazione per emergenza, impianti di segnalazione incendi e di erogazione di ossigeno.

Nel suo complesso, la struttura dedicata alla RSA è suddivisa in nove nuclei abitativi oltre ad un nucleo protetto di 20 posti per soggetti affetti da demenza in fase severa (Nucleo Alzheimer). A ciascun piano, e separatamente per il Nucleo Alzheimer, sono assegnati un Medico Responsabile ed un Infermiere Responsabile.

Essa è così suddivisa:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 44 di 178

Piano terra Nucleo Alzheimer, che accoglie venti ospiti. Esso offre locali ampi, con giardino adiacente, con 4 camere singole ed 8 a due posti letto, percorsi interni guidati per facilitare l’orientamento dell’Ospite e spazi comuni in cui favorire la relazione Ospite/parente.

1° Piano Nuclei Bianco, Blu e Ciclamino: essi sono composti complessivamente da 5 camere singole, 14 camere doppie e 7 camere triple. Il piano accoglie 54 ospiti. Il primo piano comprende due bagni assistiti con servizio igienico, due locali biancheria sporca, due locali biancheria pulita, due magazzini per i materiali di consumo, due cucinette, una guardiola infermieristica in condivisione con i tre nuclei, due sale da pranzo, due soggiorni e un servizio igienico assistenti.

2° Piano Nuclei Verde, Rosso e Arancio: essi sono composti complessivamente da 4 camere singole, 17 camere doppie e 5 camere triple, tutte dotate di bagno. Il piano accoglie 53 ospiti. Dispone di due bagni assistiti con servizi igienici e di due docce assistite con servizio igienico, due cucinette di cui una in condivisione tra due nuclei, due guardiole infermieristiche di cui una in condivisione fra due nuclei, tre sale da pranzo, tre soggiorni, tre locali biancheria sporca, tre locali biancheria pulita, tre magazzini per il materiale di consumo e tre servizi igienici per il personale.

3° Piano Nuclei Giallo, Azzurro e Magenta: essi sono composti da 7 camere singole, 10 camere doppie e 7 camere triple, tutte dotate di bagno. Il piano accoglie 48 ospiti. Dispone di due bagni assistiti con servizi igienici, una doccia assistita con servizio igienico, tre locali biancheria sporca, tre locali biancheria pulita, tre magazzini per il materiale di consumo, tre sale da pranzo e tre soggiorni, due cucinette di cui una in condivisione fra due nuclei, due servizi igienici per assistenti, un ambulatorio, uno studio medico e una guardiola infermieristica con servizio igienico.

#### **4.5 Patrimonio e mezzi finanziari**

Il patrimonio della Fondazione è formato dai beni mobili ed immobili che provengano alla medesima a qualsiasi titolo. Esso può essere incrementato, a titolo esemplificativo e non esaustivo, da donazioni e lasciti testamentari di beni di qualsiasi genere e tipo, erogazioni liberali da parte di soggetti privati, contributi pubblici, da eventuali avanzi di gestione derivanti dall’esercizio delle sue attività, nonché dalle somme prelevate dai redditi che il Consiglio di Amministrazione con propria deliberazione disponga di destinare all’incremento del patrimonio.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 45 di 178

La Fondazione provvede al diretto raggiungimento dei propri scopi mediante i seguenti mezzi finanziari: redditi del proprio patrimonio come sopra identificato; rette o contributi o introiti a carico di Enti pubblici o di competenze private in correlazione a prestazioni, servizi o cessioni; proventi di obblazioni e atti di liberalità non espressamente destinati all'incremento del patrimonio; ogni altro introito non espressamente destinato ad aumentare il patrimonio.

## 5 IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA FONDAZIONE

---

### 5.1 Gli organi

La Fondazione adotta un modello organizzativo conforme a quanto delineato dalla legge.

Gli organi sono previsti dallo Statuto vigente.

Le attribuzioni degli organi della Fondazione sono disciplinate dallo Statuto e dalle leggi vigenti.

Sono organi della Fondazione:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- la Consulta degli Esperti;
- il Revisore dei Conti.

#### 5.1.1 Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è costituito da cinque componenti, di cui un Presidente ed un Vice Presidente, tutti eletti dalla Consulta degli Esperti.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 46 di 178

Il mandato del Consiglio di Amministrazione dura cinque esercizi e scade alla data del Consiglio di Amministrazione convocato per l'approvazione del Bilancio consuntivo relativo al quinto esercizio della sua carica.

Nel caso in cui, alla data di scadenza del Consiglio di Amministrazione, non sia stato nominato il nuovo Consiglio, il Consiglio uscente rimane in carica per il disbrigo degli affari correnti e per il compimento dei soli atti di ordinaria amministrazione.

I componenti del Consiglio di Amministrazione possono essere sempre rieletti senza limite di tempo o di numero di mandati.

I consiglieri nominati dalla Consulta degli Esperti devono presentare i necessari requisiti di onorabilità e competenza ed essere scelti tra persone, segnalate da terzi o autocandidatesi, residenti in Desenzano del Garda.

Sono incompatibili con la carica di membri del Consiglio di Amministrazione:

- a) i soggetti che ricoprano contemporaneamente una carica in un Ente o Amministrazione Pubblica;
- b) i soggetti che si trovano nelle condizioni di cui all'art. 2382 del Codice Civile;
- c) i dipendenti della Fondazione.

La Consulta degli Esperti deve riunirsi entro il 28 febbraio dell'anno solare durante il quale scade il Consiglio di Amministrazione in carica.

Nel caso di cessazione dall'incarico per qualsiasi causa di uno o più membri del Consiglio di Amministrazione prima della scadenza naturale del mandato, la Consulta degli Esperti deve riunirsi entro sessanta giorni dalla data di cessazione dell'incarico per provvedere alla sostituzione. Il Consigliere nominato resta in carica fino alla scadenza naturale del Consiglio di Amministrazione.

La Consulta degli Esperti può revocare e sostituire in qualsiasi momento uno o più Consiglieri soltanto nel caso in cui i soggetti revocati e sostituiti si siano resi colpevoli di gravi e comprovate violazioni della legge o dello Statuto.

La nomina dei membri del Consiglio di Amministrazione da parte della Consulta degli Esperti deve avvenire per votazione a scrutinio segreto; ciascun componente della Consulta degli Esperti ha diritto di esprimere fino ad un massimo di tre preferenze. Sono eletti membri del Consiglio di Amministrazione i cinque candidati che hanno ottenuto il maggior numero di preferenze.

Nel caso in cui alla prima votazione due o più candidati ricevano il medesimo numero di preferenze ed i candidati che hanno ottenuto un numero maggiore di preferenze siano inferiori al numero dei Consiglieri da eleggere, lo Statuto stabilisce che si proceda come segue:

- a) risultano eletti alla prima votazione i candidati che hanno ottenuto il maggior numero di preferenze;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 47 di 178

b) si effettua, sempre a scrutinio segreto, una seconda votazione di ballottaggio tra i candidati non eletti che hanno ottenuto il medesimo numero di preferenze;

c) risultano eletti alla seconda votazione i candidati che hanno ottenuto il numero maggiore di preferenze fino al raggiungimento del numero totale di candidati da eleggere;

d) in caso di ulteriore parità si effettuano, sempre a scrutinio segreto, ulteriori votazioni di ballottaggio tra i candidati non eletti che, alla votazione precedente, hanno ottenuto il medesimo numero di preferenze, fino al raggiungimento del numero totale di candidati da eleggere.

Nel caso in cui alla prima votazione i candidati che hanno ottenuto preferenze siano inferiori al numero dei Consiglieri da eleggere, lo Statuto stabilisce che si proceda come segue:

a) risultano eletti tutti i candidati che alla prima votazione hanno ottenuto preferenze;

b) si effettuano, sempre a scrutinio segreto, ulteriori votazioni fino al raggiungimento del numero totale di Consiglieri da eleggere.

In caso di parità di preferenze ottenute da due o più Consiglieri, si procede ad ulteriori votazioni come specificato per il caso precedente.

Il componente del Consiglio di Amministrazione che, senza giustificato motivo, non partecipa a tre riunioni consecutive dell'Organo di cui fa parte, decade automaticamente dalla carica.

Nel caso di contemporanea cessazione dall'incarico per qualsiasi causa di almeno tre Amministratori, tutto il Consiglio di Amministrazione decade.

I componenti del Consiglio di Amministrazione esercitano le loro funzioni in piena autonomia e senza alcun vincolo di mandato.

Il Consiglio di Amministrazione è convocato dal Presidente mediante avviso inviato a tutti i componenti almeno tre giorni prima di quello fissato per la riunione anche a mezzo di posta elettronica, fax o altro mezzo idoneo a raggiungere ed informare i singoli consiglieri e che consenta la prova dell'avvenuto ricevimento. Nel caso di urgenza, da valutarsi ad insindacabile giudizio del Presidente, il predetto termine è ridotto a ventiquattro ore.

Il Consiglio di Amministrazione è inoltre convocato dal Presidente su richiesta di almeno due Consiglieri i quali devono indicare le materie delle quali chiedono la trattazione. Se il Presidente non provvede alla convocazione del Consiglio di Amministrazione entro dieci giorni dalla richiesta, i Consiglieri richiedenti possono provvedere autonomamente alla convocazione del Consiglio di Amministrazione con le stesse modalità sopra indicate. Il Consiglio di Amministrazione così convocato deve riunirsi entro dieci giorni dalla data della convocazione.

Il Consiglio di Amministrazione è presieduto dal Presidente o, in mancanza, dal Vice Presidente o, in mancanza anche di quest'ultimo, dal Consigliere più anziano di età ed è regolarmente costituito con la presenza della maggioranza dei Consiglieri in carica.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 48 di 178

In mancanza di avviso di convocazione, il Consiglio di Amministrazione è regolarmente costituito se sono presenti tutti i Consiglieri e tutti si dichiarano sufficientemente informati in merito agli argomenti in discussione. Il Presidente del Consiglio di Amministrazione in seguito informa il Revisore dei Conti delle deliberazioni assunte.

Le deliberazioni sono prese con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. A parità di voti prevale il voto del Presidente.

Per la modifica dello Statuto occorre il voto favorevole di tutti i Consiglieri in carica.

### **5.1.2 Il Presidente**

Entro quindici giorni dalla nomina, il Consiglio di Amministrazione, convocato e presieduto dal Consigliere presente più anziano di età, si riunisce per eleggere, a maggioranza assoluta dei componenti in carica, il Presidente ed il vice Presidente.

Il Presidente è il legale rappresentante della Fondazione, convoca e presiede la Consulta degli Esperti ed il Consiglio di Amministrazione, esercita tutte le funzioni demandategli dallo Statuto, e cioè:

- propone le materie da trattare nelle adunanze del Consiglio di Amministrazione;
- provvede all'esecuzione delle deliberazioni consiliari;
- firma gli atti e quanto occorra per l'esplicazione di tutti gli affari che vengono deliberati;
- sorveglia il buon andamento amministrativo della Fondazione;
- cura l'osservanza dello Statuto e ne promuove la riforma qualora si renda necessario;
- adotta, in caso di urgenza, ogni provvedimento opportuno, anche di straordinaria amministrazione, da sottoporre a ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione nel più breve tempo possibile e, comunque, entro quindici giorni.

In caso di assenza o di impedimento del Presidente, le sue funzioni sono esercitate dal Vice Presidente o, in mancanza anche di quest'ultimo, dal Consigliere in carica più anziano d'età. Il Vice Presidente può sostituire il Presidente anche in caso di delega da parte di quest'ultimo; il Vice Presidente o, in sua assenza, il Consigliere in carica più anziano d'età, può sostituire il Presidente anche nei suoi compiti riguardanti la Consulta degli Esperti.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 49 di 178

### **5.1.3 La Consulta degli Esperti**

La Consulta degli Esperti è composta:

- a) dal Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- b) dalla persona diversa da quella di cui al punto precedente che, per ultima in ordine di tempo, ha ricoperto la carica di Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione;
- c) dal Sindaco in carica del Comune di Desenzano del Garda;
- d) dalla persona diversa da quella di cui al punto precedente che, per ultima in ordine di tempo, ha ricoperto la carica di Sindaco del Comune di Desenzano del Garda;
- e) dal Presidente dell'Associazione dei Volontari della Fondazione, qualora costituita.

L'individuazione delle persone che fanno parte della Consulta degli Esperti è effettuata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione e deve avvenire con riferimento alla data in cui la Consulta degli Esperti si riunisce.

Se, alla data di riferimento di cui al paragrafo precedente non esiste la persona che, per ultima in ordine di tempo, ha ricoperto la carica di Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione o questa abbia rinunciato all'incarico di far parte della Consulta, si individua comunque l'ultima persona disponibile che, per ultima in ordine di tempo, ha ricoperto la carica di Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione.

Se, alla data di riferimento di cui sopra non esiste un Sindaco in carica o il Sindaco in carica abbia rinunciato all'incarico di far parte della Consulta, la Consulta degli Esperti è composta, in sostituzione di tali persone, dalle due persone che, per ultime in ordine di tempo, hanno ricoperto la carica di Sindaco di Desenzano del Garda e hanno accettato di far parte della Consulta degli Esperti.

Se, alla data di riferimento sopra citata, non esiste la persona che sia diversa dal Sindaco in carica che, per ultima in ordine di tempo, abbia ricoperto la carica di Sindaco del Comune di Desenzano del Garda, o questa abbia rinunciato all'incarico di far parte della Consulta, si individua comunque l'ultima persona disponibile che, in ordine di tempo, ha ricoperto la carica di Sindaco del Comune di Desenzano del Garda.

Se, alla data di riferimento in discorso, non risulta individuabile il componente Presidente dell'Associazione dei Volontari della Fondazione, qualora costituita, alla Consulta degli Esperti parteciperanno, temporaneamente, i rappresentanti che per legge o per statuto ne assumono le veci. In loro mancanza, la Consulta degli Esperti, qualora raggiunga il quorum costitutivo, si attiverà comunque per adempiere ai propri compiti.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 50 di 178

La Consulta degli Esperti è convocata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione mediante avviso scritto che deve essere inviato a tutti i suoi componenti almeno otto giorni prima della data fissata per la riunione a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento o, in alternativa, mediante consegna a mano.

Essa è inoltre convocata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione su richiesta di almeno due componenti i quali devono indicare le materie delle quali chiedono la trattazione. Se il Presidente non provvede alla convocazione della Consulta degli Esperti entro dieci giorni dalla richiesta, i componenti richiedenti possono provvedere autonomamente alla convocazione della Consulta degli Esperti con le stesse modalità sopra indicate. Nei casi di cui al presente paragrafo la Consulta degli Esperti deve riunirsi entro dieci giorni dalla data della convocazione.

La Consulta degli Esperti deve riunirsi entro il 28 febbraio dell'anno solare durante il quale scade il Consiglio di Amministrazione in carica o il Revisore dei Conti effettivo e supplente in carica.

La Consulta degli Esperti è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione. E' validamente costituita con la presenza di almeno tre componenti aventi diritto al voto e delibera con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Il componente della Consulta degli Esperti che, senza giustificato motivo, non partecipa a tre riunioni consecutive dell'Organo di cui fa parte, decade automaticamente dalla carica.

Il Revisore dei Conti effettivo, il Revisore dei Conti supplente ed i componenti in carica del Consiglio di Amministrazione, ad eccezione del Presidente del Consiglio di Amministrazione, non possono mai far parte contemporaneamente anche della Consulta degli Esperti. Pertanto, se un componente della Consulta degli Esperti è nominato componente del Consiglio di Amministrazione o Revisore dei Conti effettivo o Revisore dei Conti supplente, decade automaticamente dalla carica di componente della Consulta degli Esperti.

I componenti della Consulta degli Esperti esercitano le loro funzioni in piena autonomia e senza alcun vincolo di mandato.

#### **5.1.4 Il Revisore dei Conti**

Il Revisore dei Conti effettivo è nominato dalla Consulta degli Esperti che ne determina anche il criterio di compenso, ed è scelto tra gli iscritti al Registro dei Revisori Contabili istituito presso il Ministero della Giustizia. Il compenso del Revisore dei Conti deve essere determinato nei limiti di quanto previsto dalle norme di legge vigenti in materia, in particolare dall'art. 10, comma 6, del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 51 di 178

La Consulta degli Esperti provvede anche alla nomina di un Revisore dei Conti supplente scelto tra gli iscritti al Registro dei Revisori Contabili istituito presso il Ministero della Giustizia.

La nomina del Revisore dei Conti e del Revisore dei Conti supplente deve avvenire per votazione a scrutinio segreto con separate votazioni; ciascun componente della Consulta degli Esperti ha diritto ad esprimere solo una preferenza. E' eletto Revisore dei Conti effettivo o Revisore dei Conti supplente il candidato che ha ottenuto il maggior numero di preferenze.

Nel caso in cui due o più candidati ricevano il medesimo numero di preferenze, si deve provvedere, sempre a scrutinio segreto, ad una seconda votazione di ballottaggio tra i candidati che hanno ottenuto il medesimo numero di preferenze. In caso di ulteriore parità la votazione di ballottaggio deve essere ulteriormente ripetuta fino a quando un candidato non abbia ricevuto un numero maggiore di preferenze rispetto a tutti gli altri. Nelle votazioni di ballottaggio non possono essere votati candidati diversi da quelli che alla votazione precedente avevano raggiunto il medesimo numero di preferenze.

L'incarico di Revisore dei Conti effettivo e di Revisore dei Conti supplente dura per tre esercizi e scade alla data del Consiglio di Amministrazione convocato per l'approvazione del Bilancio consuntivo relativo al terzo esercizio della sua carica. Il Revisore dei Conti effettivo e il Revisore dei Conti supplente possono essere sempre rieletti senza limite di tempo né di numero di mandati.

Il Revisore dei Conti effettivo ed il Revisore dei Conti supplente non possono mai far parte contemporaneamente anche della Consulta degli Esperti. Pertanto, se un componente della Consulta degli Esperti è nominato Revisore dei Conti effettivo o Revisore dei Conti supplente, decade automaticamente dalla carica di componente della Consulta degli Esperti.

Il Revisore dei Conti può partecipare alle riunioni del Consiglio di Amministrazione con diritto di intervento ma senza diritto di voto.

In caso di cessazione dall'incarico per qualsiasi causa del Revisore dei Conti effettivo, subentra il Revisore dei Conti supplente il quale rimane in carica fino alla scadenza naturale del mandato.

La Consulta degli Esperti può revocare e sostituire in qualsiasi momento il Revisore dei Conti effettivo o il Revisore dei Conti supplente soltanto nel caso in cui i soggetti revocati e sostituiti si siano resi colpevoli di gravi e comprovate violazioni della legge o dello Statuto.

## 5.2 Il sistema dei poteri

Il sistema dei poteri deve essere coerente rispetto ai seguenti principi ispiratori:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 52 di 178

- corretta allocazione dei poteri rispetto alle finalità ed all’articolazione interna;
- coerenza tra le responsabilità organizzative e gestionali assegnate ed i poteri;
- puntuale indicazione delle soglie di approvazione delle spese;
- separatezza delle funzioni.

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione si è dotata di un sistema di deleghe strutturate in modo ritenuto coerente con la missione e le responsabilità dei singoli organi/funzioni interne.

Le deleghe vengono conferite in funzione delle concrete esigenze operative ed i delegati individuati con riferimento ai loro ambiti di competenza e, eventualmente, alla loro collocazione gerarchica.

Atti e-o documenti che impegnino economicamente la Fondazione possono essere sottoscritti dal Presidente o dal Direttore Generale (per i cui poteri si rinvia di seguito), salvo specifica autorizzazione correlata ai compiti operativi assegnati e limitatamente agli stessi. Infatti possono essere conferite anche procure speciali per specifici atti, ovvero assegnati particolari incarichi.

La delega costituisce lo strumento che consente di identificare, nei rapporti e processi interni all’ente, le limitazioni del potere gestorio e le facoltà di accesso alle risorse finanziarie in aderenza alle procedure operative.

Per prevenire efficacemente la commissione dei reati, il Sistema dei poteri è costruito in modo da regolamentare l'attuazione delle decisioni della Fondazione e rendere documentabili e verificabili le diverse fasi nelle quali si articola il processo decisionale nelle singole unità interne. Ciò allo scopo di:

- conferire trasparenza e riconoscibilità ai processi decisionali e attuativi (tracciabilità);
- prevedere meccanismi di controllo interno (autorizzazioni, verifiche, documentazione delle fasi decisionali più rilevanti, ecc.) tali, da un lato, da rendere inattuabili o da limitare la possibilità di assumere decisioni inopportune o arbitrarie e, dall’altro, di impedire che la fase decisionale e quella attuativa facciano capo interamente ad un unico soggetto (separatezza);
- agevolare lo svolgimento dei compiti di vigilanza da parte delle funzioni preposte al controllo interno, in termini di effettività ed adeguatezza.

Conseguentemente, ciascuna delega deve definire i poteri del delegato e a chi il delegato riporta. I poteri gestionali assegnati devono essere coerenti con gli obiettivi dell’ente ed il soggetto delegato deve disporre di poteri di spesa adeguati alle funzioni conferite.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 53 di 178

Alla luce dei principi di cui sopra, sono conferiti i poteri seguenti.

Il **Consiglio di Amministrazione** è investito di tutti i poteri di gestione della Fondazione, nessuno escluso ed eccettuato ed anche se non richiamato nello Statuto, come recita lo stesso.

Il Consiglio di Amministrazione può delegare parte di propri poteri ad uno o più Consiglieri, congiuntamente o disgiuntamente tra di loro, determinando il contenuto, i limiti e le eventuali modalità di esercizio della delega. La redazione del Bilancio annuale, la modifica dello Statuto e la decisione di scioglimento della Fondazione non possono formare oggetto di delega. I Consiglieri delegati riferiscono al Consiglio di Amministrazione sulla loro attività con periodicità stabilita al momento del conferimento della delega. Allo stato non è delegato alcun potere a specifici Consiglieri.

Il Consiglio di Amministrazione, inoltre, segnala alla Consulta degli Esperti le situazioni di incompatibilità dei membri statutariamente previste, per le quali si rinvia a quanto indicato al punto 5., sub “Il Consiglio di Amministrazione”.

Il **Presidente** è il legale rappresentante della Fondazione, convoca e presiede la Consulta degli Esperti ed il Consiglio di Amministrazione, esercita tutte le funzioni demandategli dallo Statuto, e cioè:

- propone le materie da trattare nelle adunanze del Consiglio di Amministrazione;
- provvede all'esecuzione delle deliberazioni consiliari;
- firma gli atti e quanto occorra per l'esplicazione di tutti gli affari che vengono deliberati;
- sorveglia il buon andamento amministrativo della Fondazione;
- cura l'osservanza dello Statuto e ne promuove la riforma qualora si renda necessario;
- adotta, in caso di urgenza, ogni provvedimento opportuno, anche di straordinaria amministrazione, da sottoporre a ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione nel più breve tempo possibile e, comunque, entro quindici giorni.

In caso di assenza o di impedimento del Presidente, le sue funzioni sono esercitate dal Vice Presidente o, in mancanza anche di quest'ultimo, dal Consigliere in carica più anziano d'età.

Si specifica inoltre che il Vice Presidente sostituisce il Presidente in tutti i suoi uffici, qualora egli sia assente o l'abbia delegato. In particolare, il Vice Presidente o, in sua assenza, il Consigliere in carica più anziano d'età, può sostituire il Presidente anche nei suoi compiti riguardanti la Consulta degli Esperti.

La **Consulta degli Esperti**:

- a) elegge tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione;
- b) elegge il Revisore dei Conti ed il Revisore dei Conti supplente;
- c) fornisce, se richiesti dal Consiglio di Amministrazione, pareri non vincolanti su questioni di particolare importanza riguardanti la gestione dell'attività della

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 54 di 178

Fondazione.

Il **Revisore dei Conti** vigila sull'osservanza della legge e dello Statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione ed in particolare sull'adeguatezza dell'assetto amministrativo e contabile adottato dalla Fondazione. Redige una relazione annuale al Bilancio consuntivo esprimendo un parere in merito all'approvazione dello stesso.

Come già indicato, egli può partecipare alle riunioni del Consiglio di Amministrazione con diritto di intervento ma senza diritto di voto; inoltre, esprime al Consiglio di Amministrazione un parere sul bilancio preventivo.

Oltre ai poteri degli organi, con delibera consiliare del 10 maggio 2013 sono stati conferiti al **Direttore Generale** i seguenti poteri:

1. nel limite di spesa fissato in € 12.000 per singolo intervento e singola causale e senza necessità di preventiva autorizzazione del Consiglio di Amministrazione: potere di acquisto, di modifica, di manutenzione, di riparazione impianti, macchinari, attrezzature di lavoro e potere di acquisto di beni e servizi, approvvigionamento energetici e quanto altro sia o si rilevi necessario al fine di garantire l'operatività dei servizi erogati dalla Fondazione. La delega considera il potere di impegnare direttamente la spesa, previa verifica della compatibilità e coerenza della stessa con il Bilancio preventivo dell'anno di riferimento e con successiva informazione al Consiglio di Amministrazione;
2. stipulare contratti finalizzati alla sostituzione o integrazione temporanea di personale, nei limiti quantitativi previsti dalla dotazione organica approvata dal Consiglio di Amministrazione e nel rispetto dei vincoli di spesa prefissati nel Bilancio preventivo, relativamente a: contratti di lavoro a tempo determinato; contratti a progetto o occasionali; contratti di somministrazione lavoro (c.d. interinali); contratti di collaborazione in forma libero professionale, limitatamente a prestazioni di natura socio-sanitaria;
3. sottoscrivere, congiuntamente al Responsabile dell'Ufficio Contabilità e finanza, le disposizioni di pagamento da effettuare sui conti correnti della Fondazione;
4. stipulare convenzioni di tirocinio di formazione ed orientamento;
5. sottoscrivere le distinte di versamento in conto corrente di contanti ed assegni bancari e circolari. Firma di girata per l'accredito in conto di assegni bancari e circolari;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 55 di 178

6.sottoscrivere le dichiarazioni da trasmettere agli istituti previdenziali ed assicurativi relative agli adempimenti in materia di lavoro;

7.esercitare potere di firma degli atti e della documentazione necessari all’esercizio delle funzioni delegate nonché per dare esecuzione alle deliberazioni assunte dal Consiglio di Amministrazione;

8.adottare i documenti di organizzazione e gestione aziendale;

9.assumere la titolarità di responsabile dell’Ufficio competente per i procedimenti disciplinari: contestazione di addebito ed irrogazione delle sanzioni disciplinari;

10.assumere la qualifica di responsabile della “convivenza anagrafica” riguardo agli ospiti istituzionalizzati in RSA.

In caso di assenza del Direttore generale e di necessità ed urgenza, in sua vece provvede agli adempimenti di cui ai punti 1, 2, 6, 7 e 8 il Direttore Sanitario. Per i restanti punti (3, 4 e 5) vi provvede il Presidente della Fondazione.

Per le deleghe in materia di salute e sicurezza si rinvia allo specifico paragrafo “Il Sistema di controllo della salute e sicurezza dei lavoratori”.

## **6 L’ASSETTO ORGANIZZATIVO**

---

### **6.1 Principi ispiratori e articolazione del sistema organizzativo**

Il sistema organizzativo deve essere coerente rispetto ai seguenti principi ispiratori:

- adeguata formalizzazione;
- chiarezza delle linee di dipendenza gerarchica e funzionale;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 56 di 178

- pubblicità dei poteri attribuiti, sia all’interno sia all’esterno della Fondazione, per garantirne la conoscibilità;
- chiarezza sul conferimento dei poteri e sulla conseguente allocazione delle responsabilità, così come sulle responsabilità organizzative interne.

Sulla base dei suddetti principi, il sistema organizzativo è delineato dal vertice e portato a conoscenza nelle varie articolazioni della struttura tramite Comunicazioni di servizio che verranno tempestivamente ed adeguatamente diffuse ai dipendenti.

Nel suo complesso, il Sistema organizzativo consta di:

- Struttura organizzativa. È rispecchiata nell’organigramma, che indica l’articolazione delle funzioni interne ed i relativi responsabili;
- Mansionario, che definisce funzioni, autonomia operativa e responsabilità dei diversi profili professionali operanti nell’ente;
- Sistema delle deleghe, per il quale valgono le considerazioni già svolte;
- Piani di lavoro per il personale del servizio di assistenza, che si aggiungono all’organigramma specificando i compiti assegnati;
- Regolamenti adottati dalla Fondazione: “Regolamento della lista d’attesa” e “Regolamento per la definizione dei criteri per l’individuazione delle posizioni organizzative e per il conferimento e la revoca delle medesime”, entrambi approvati dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione;
- Procedure, prassi e protocolli operativi, che definiscono le modalità operative per lo svolgimento delle diverse attività;
- Comunicazioni organizzative, protocollate e gestite secondo una procedura specifica.

L’organigramma viene mantenuto sempre aggiornato, su indicazione operativa del Direttore Generale, e comunicato al personale secondo la procedura prevista, al fine di assicurare una chiara definizione formale dei compiti assegnati ad ogni unità della struttura della Fondazione.

Identica comunicazione dovrà essere inoltrata all’Organismo di Vigilanza, anche in caso di variazione delle deleghe, per consentire le valutazioni di competenza di quest’ultimo, al fine di stabilire se le variazioni comportino o meno un’incidenza sulla Parte Generale ovvero sulla Parte Speciale del Modello organizzativo.

In caso affermativo, l’Organismo di Vigilanza dovrà proporre al Consiglio di Amministrazione le opportune/necessarie modifiche.

Le procedure di cui la Fondazione si è dotata mirano a garantire la correttezza e trasparenza della sua attività, da un lato regolando l’agire della stessa, e dall’altro consentendo i controlli, preventivi e successivi, della correttezza delle operazioni effettuate.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 57 di 178

Ciò in quanto esse favoriscono l'uniformità di comportamento all'interno dell'ente, nel rispetto delle disposizioni normative che ne regolano l'attività.

Tutti i dipendenti hanno l'obbligo di essere a conoscenza delle norme procedurali interne di specifico interesse della funzione e di rispettarle nell'esercizio dei compiti loro assegnati.

In caso di sostanziale variazione organizzativa, sarà/saranno la/e funzione/i interessata/e ad informare l'Organismo di Vigilanza affinché quest'ultimo possa effettuare le valutazioni di competenza.

Per rimanere aderenti ai frequenti aggiornamenti che intervengono nella conduzione dell'attività, tutti i documenti organizzativi di cui sopra sono soggetti a corrispondenti variazioni. Per questa ragione, tali documenti non vengono allegati al presente Modello, ma dato che il Modello fa riferimento ad essi, vengono considerati parte integrante dello stesso.

Si specifica inoltre che nel 2013 la Fondazione ha operato numerosi mutamenti organizzativi approvati dal Consiglio di Amministrazione nel corso della seduta del 10 maggio. Più in particolare sono stati approvati:

- le linee guida per la formazione del Piano strategico. Quest'ultimo verrà approntato in modo tale che ciascun investimento, o scelta strategica, sia supportata: da un'analisi del quadro aziendale; da un'analisi della situazione di mercato con particolare riferimento all'esame della domanda e dell'offerta di servizi socio-sanitari; dalla formulazione di strategie di mercato, in cui vengono individuati i piani di sviluppo futuro; dal posizionamento nel piano strategico degli investimenti; da un'analisi economica, con approfondimento della sostenibilità economica delle linee strategiche;

- l'introduzione del Cruscotto aziendale, il quale consente, attraverso specifici indicatori, il controllo delle attività aziendali e la verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di pianificazione strategica nonché l'attuazione di eventuali contromisure in caso di anomalie e/o scostamenti rispetto ai risultati attesi. Si evidenzia come, in estrema sintesi, lo strumento consenta di controllare, decidere, dirigere, in modo programmato e coordinato tutte le attività aziendali;

- l'introduzione del Comitato di direzione, basilare organo di direzione, non previsto dallo Statuto ma introdotto dalla nuova organizzazione, che ha il compito di:

- supportare il Direttore generale nel definire la pianificazione strategica della Fondazione, in coerenza con le linee guida espresse dal Consiglio di Amministrazione;
- assicurare la gestione operativa dell'Ente;
- monitorare e controllare i risultati della gestione;
- favorire l'integrazione e il coordinamento tra le aree e i servizi della Fondazione.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 58 di 178

Del Comitato di direzione fanno parte il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Responsabile Amministrazione e Controllo e, su invito, ogni altra funzione competente in relazione alle materie trattate.

Il costante monitoraggio del Sistema organizzativo da parte dell’Organismo di Vigilanza consentirà di adattare nel tempo il Modello 231 alle esigenze specifiche, garantendone la dinamicità.

## **6.2 I soggetti in posizione apicale**

Come in precedenza indicato, il Decreto richiede di individuare i soggetti in posizione apicale.

Fermo restando il dettato normativo di cui all’art. 5 del Decreto e la relativa prassi applicativa, i criteri per individuare tali soggetti possono essere così sintetizzati:

- collocazione gerarchica al vertice della Fondazione o al primo livello di riporto;
- assegnazione di poteri di spesa e di deleghe che consentano di svolgere talune attività, anche verso l’esterno, con un certo margine di autonomia.

I predetti requisiti devono sussistere congiuntamente e non sono alternativi. È pertanto possibile identificare i soggetti apicali avvalendosi dell’organigramma aziendale.

Alla luce dei criteri sopra esposti risultano soggetti apicali della Fondazione, oltre agli organi Presidente e Consiglio di Amministrazione, il Direttore generale ed il Direttore Sanitario.

## **6.3 La gestione delle risorse umane**

La Fondazione applica ai propri dipendenti:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 59 di 178

- il “contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale delle regioni e delle autonomie locali”, a tutto il personale assunto fino alla data del 31 ottobre 2008;
- il “contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale dipendente dalle realtà del settore assistenziale, sociale, socio-sanitario, educativo, nonché da tutte le altre istituzioni di assistenza e beneficenza UNEBA”, a tutto il personale assunto successivamente;
- il “contratto collettivo nazionale di lavoro Dirigenza Regioni e autonomie locali” al Direttore generale ed al Direttore Sanitario della Fondazione.

Essa si avvale altresì di personale non dipendente e di volontari.

La Fondazione ha esternalizzato i seguenti servizi, tutti disciplinati da apposito contratto:

- Convenzione con l’Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda per la medicina del lavoro;
- Contratto di ristorazione collettiva per la fornitura pasti alla RSA e CDI;
- Contratti di manutenzione;
- Contratto per la gestione del servizio elaborazione paghe;
- Contratto di consulenza tributaria/economico/finanziaria;
- Contratto d’appalto per la gestione del servizio di animazione nel Nucleo Alzheimer;
- Convenzione con la Cappellania di Desenzano del Garda per il servizio religioso in RSA;
- Contratto per l’incarico di amministratore di sistema e manutenzione del sistema informatico;

Il sistema di incentivazione del personale dipendente prevede:

- per il CCNL EE.LL., un accordo annuale, aziendale decentrato, con le OO.SS. e le RSU interne per la definizione delle modalità di erogazione del premio incentivante la produttività. Tale premio è basato, da un lato, sulle giornate di presenza effettiva e, dall’altro, sul risultato di specifici progetti cui i singoli dipendenti hanno partecipato in corso d’anno;
- per il CCNL UNEBA, il premio di produttività, regolamentato dal contratto nazionale e integrativo regionale. Tale premio è stabilito secondo le previsioni contrattuali e sulla base di una valutazione effettuata dal Responsabile di Servizio in base a criteri oggettivi predeterminati nel contratto integrativo regionale.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 60 di 178

Per il Direttore Generale e il Direttore Sanitario è previsto un eventuale premio di risultato in base ad una valutazione annuale effettuata dal Consiglio di Amministrazione. Allo stato il premio non può superare euro 8.000.

Infine, per quanto riguarda le posizioni organizzative, di cui agli artt. 8, 9 e 10 dell’Ordinamento Professionale collegato al CCNL del Comparto Regioni ed Autonomie Locali 1998/2001, è prevista l’erogazione di un premio di risultato in base a obiettivi stabiliti dal Direttore Responsabile di Settore.

#### **6.4 La gestione economico-finanziaria**

L’esercizio sociale coincide con l’anno solare e, quindi, inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Il Bilancio preventivo, approvato dal Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Revisore dei Conti, entro il 31 dicembre dell’anno precedente al quale si riferisce, deve rappresentare le previsioni di ricavo e di costo per l’esercizio al quale si riferisce, in coerenza con le ragionevoli ipotesi e strategie delineate nella relazione accompagnatoria.

Il Bilancio consuntivo deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale, economica e finanziaria della Fondazione.

La redazione e l’approvazione annuale del Bilancio consuntivo della Fondazione, nei termini previsti dalla normativa di legge pro tempore vigente e, comunque, entro quattro mesi dalla chiusura dell’esercizio, sono obbligatorie ed a tale obbligo si deve adempiere nel rispetto delle norme dettate dal presente Statuto.

E’ vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita della Fondazione, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di altre ONLUS che per legge, statuto o regolamento fanno parte della medesima ed unitaria struttura.

Gli utili o gli avanzi di gestione devono essere obbligatoriamente impiegati per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente.

Tutte le disposizioni precedenti sono stabilite dallo Statuto.

#### **6.5 La salute e sicurezza sui luoghi di lavoro**

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 61 di 178

Allo stato attuale, il Servizio di Prevenzione e Protezione istituito presso la Fondazione è così organizzato:

- Datore di lavoro (Presidente)
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione. Si precisa che il RSPP è interno alla Fondazione posto che questa ha più di 50 lavoratori (art. 31, co. 7, D.Lgs. 81/2008);
- Dirigenti
- Preposti
- Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza
- Responsabili servizio primo soccorso
- Addetti al primo soccorso
- Responsabile Servizio prevenzione incendi ed evacuazione
- Addetti al Servizio prevenzione incendi ed evacuazione
- Medico competente (esterno)

La Fondazione si avvale altresì di un consulente esterno che supporta il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione.

Sempre con riguardo alla SSL, un sistema di flussi informativi consente la circolazione delle informazioni all'interno dell'ente.

La Fondazione ha rivolto particolare attenzione alla esigenza di predisporre ed implementare, in materia di SSL, un efficace ed efficiente sistema di monitoraggio della sicurezza.

Quest'ultimo, oltre a prevedere la registrazione delle verifiche svolte dalla Fondazione, anche attraverso la redazione di appositi verbali, è incentrato su un sistema di monitoraggio della sicurezza che si sviluppa su un duplice livello.

Il primo livello di monitoraggio coinvolge tutti i soggetti che operano nell'ambito della struttura organizzativa della Fondazione, essendo previsto:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 62 di 178

- l’auto-controllo da parte dei lavoratori, i quali devono sia utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza e di protezione messi a loro disposizione, sia segnalare immediatamente le deficienze di tali mezzi e dispositivi nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza;
- il coinvolgimento diretto e costante dei soggetti con specifici compiti in materia di SSL (ad esempio, datore di lavoro, dirigenti, preposti, RSPP), i quali intervengono, tra l’altro, in materia: a) di vigilanza e monitoraggio periodici e sistematici sulla osservanza degli obblighi di legge e delle procedure in materia di SSL; b) di segnalazione al datore di lavoro di eventuali deficienze e problematiche; c) di individuazione e valutazione dei fattori di rischio nell'ambito dell'organizzazione in cui i lavoratori prestano la propria attività; d) di elaborazione delle misure preventive e protettive attuate e richiamate nel Documento di Valutazione dei Rischi, nonché dei sistemi di controllo di tali misure; e) di proposizione dei programmi di formazione e addestramento dei lavoratori, nonché di comunicazione e coinvolgimento degli stessi.

Il secondo livello di monitoraggio, richiamato espressamente dalle Linee Guida di Confindustria, è svolto dall’Organismo di Vigilanza, al quale è assegnato il compito di verificare la funzionalità del complessivo sistema preventivo adottato dalla Fondazione a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Tale compito è stato assegnato all’Organismo di Vigilanza in ragione della sua idoneità ad assicurare l’obiettività e l’imparzialità dell’operato, nonché l’indipendenza dal settore di lavoro sottoposto a verifica ispettiva.

Al fine di consentire all’Organismo di Vigilanza di svolgere efficacemente il monitoraggio di secondo livello, è previsto l’obbligo di inviare allo stesso copia della reportistica periodica in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e segnatamente il verbale della riunione periodica di cui all’art. 35 D.Lgs. n. 81/2008, nonché tutti i dati relativi agli infortuni sul lavoro occorsi nei siti della Fondazione.

I risultati del monitoraggio sono considerati dall’Organismo di Vigilanza ai fini dell’eventuale relazione al Consiglio di Amministrazione, ovvero alle funzioni interne competenti di:

- proposte di aggiornamento del Modello, incluso il sistema preventivo adottato dalla Fondazione e le procedure organizzative, in ragione di eventuali inadeguatezze o significative violazioni riscontrate, ovvero di cambiamenti della struttura organizzativa della Fondazione;
- proposte di irrogazione di sanzioni disciplinari, per l’ipotesi in cui sia riscontrata la commissione delle condotte indicate nel sistema disciplinare adottato dall’ente ai sensi del Decreto.

Il sistema dei controlli applicabili alle attività a rischio, in relazione ai reati in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, è stato definito utilizzando, tra l’altro, le indicazioni contenute nell’art. 30 D.Lgs. n.81/08.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 63 di 178

## **7 RISULTATI DELLA FASE DI RISK ASSESSMENT: AMBITI ESPOSTI AL RISCHIO DI EVENTI PREVISTI DAL D.LGS. N. 231/2001 E CONSEGUENTE DETERMINAZIONE DEI RISCHI RILEVANTI**

---

### **7.1 Individuazione degli ambiti esposti al rischio di eventi previsti dal D.Lgs. n. 231/2001 e conseguente determinazione dei rischi rilevanti**

Attraverso un’attività svolta con il supporto di professionalità esterne, è stato analizzato il contesto, sono stati identificati gli ambiti aziendali maggiormente esposti alle conseguenze sanzionatorie previste dal Decreto e si è determinata l’entità dei rischi rilevanti.

In particolare il lavoro ha:

- approfondito i contenuti della normativa, nonché le fattispecie di reato previste dal Decreto;
- effettuato una ricognizione degli ambiti operativi dove, in caso di assenza di tutele, è maggiore la probabilità di commissione dei reati previsti dal Decreto;
- predisposto un’apposita mappa della aree di potenziale “rischio 231”;
- valutato l’idoneità dei presidi organizzativi, procedurali e amministrativi (organi societari e organizzazione interna, procure, deleghe di responsabilità e di poteri di spesa, procedure e principi comportamentali);
- identificato i principi ed i requisiti del sistema dei controlli;
- valutato il “rischio 231”, in base al reato, alla probabilità di accadimento ed al suo peso e impatto.

#### **7.1.1 Processo di definizione delle aree sensibili**

Al fine di identificare le aree nelle quali è maggiore il rischio che siano posti in essere comportamenti illeciti (le “Aree Sensibili”) è di seguito definito il processo che, tenendo presente la vigente normativa in materia di responsabilità amministrativa degli enti, definisce il modo in cui tali aree vengono, anche nel futuro, individuate dal Modello – Parte Speciale e che dovrà essere utilizzato, anche in occasione delle eventuali estensioni ad altre tipologie di reato della responsabilità di cui trattasi. L’attuazione di tale processo è delegata dal Consiglio di Amministrazione alle funzioni operative di volta in volta competenti

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 64 di 178

secondo le disposizioni del Modello. Le funzioni opereranno eventualmente con il supporto di professionalità esterne cui spetta il compito di supportare le funzioni delegate.

Tale processo prevede:

- l’individuazione ex-ante, a cura della Fondazione e dell’Organismo di Vigilanza, delle condotte sanzionabili in relazione ai reati per i quali è prevista la responsabilità amministrativa;
- l’identificazione, a cura della Fondazione e dell’Organismo di Vigilanza, delle Aree Sensibili, cioè quelle nel cui ambito è più alto il rischio che siano posti in essere comportamenti illeciti previsti dalle disposizioni suddette;
- la realizzazione di una mappa delle Aree Sensibili;
- la valutazione dei processi applicati alle Aree Sensibili e dell’adeguatezza dei presidi di controllo previsti dai processi stessi.

### **7.1.2 Attività sensibili**

Con specifico riferimento alla realtà della Fondazione, le attività nel cui ambito possono, al momento dell'adozione del Modello, essere commessi i reati, riguardano essenzialmente quelle attività in occasione delle quali è maggiore la probabilità di accadimento delle seguenti categorie di reati così come richiamate dal Decreto:

- indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello stato o di un ente pubblico (art. 24 D.Lgs. 231/2001);
- delitti di criminalità organizzata (art. 24 ter D.Lgs. n. 231/2001), con specifico riferimento all’associazione per delinquere;
- concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione (art. 25 D.Lgs. 231/2001);
- reati societari (art. 25 ter D.Lgs. 231/2001);
- reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro (art. 25 septies D.Lgs. n. 231/2001);

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 65 di 178

- ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio, con specifico riferimento all'autoriciclaggio (art. 25 octies D.Lgs. 231/2001).

Gli atti e le operazioni a rischio afferenti tali attività saranno di seguito denominati "Attività Sensibili".

In concreto le Attività Sensibili sono principalmente le seguenti, non tanto in considerazione dei presidi di controllo quanto della probabilità di accadimento:

- gestione della domanda di ingresso e della lista d'attesa;
- attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti, con correlate attività fisioterapiche;
- gestione della terapia farmacologica;
- debito informativo nei confronti dell'ASL;
- relazioni con l'ASL;
- attività di assistenza agli Ospiti;
- sicurezza dei lavoratori;
- gestione della contabilità;
- rilevazione delle presenze del personale;
- gestione dell'archivio;
- attività di pulizia;
- lavanderia;
- gestione dei rifiuti speciali.

L'individuazione delle aree a rischio consente:

- di sensibilizzare dipendenti e collaboratori sulle aree ed i rispettivi aspetti della gestione interna che richiedono maggiore attenzione;

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 66 di 178

- di esplicitare da parte della Fondazione la ferma condanna di tutte le condotte che integrino la fattispecie di reato prevedendo nel contempo l'applicazione di sanzioni in tali casi;
- di sottoporre tali aree ad un sistema costante di monitoraggio e controllo, funzionale da un lato a prevenire la commissione dei reati e da un altro ad intervenire immediatamente in caso di commissione degli stessi.

L'Organismo di Vigilanza direttamente o tramite propri incaricati individuerà di volta in volta le attività che, a seconda dell'evoluzione legislativa e/o di mutamenti nelle attività svolte dalla Fondazione, dovranno essere ricomprese nel novero delle ipotesi rilevanti, curando anche che vengano presi gli opportuni provvedimenti operativi.

Si precisa, per quanto attiene al reato di associazione per delinquere, che trattasi di reato trasversale alle fattispecie in discorso, per la prevenzione del quale si rinvia ai livelli di controllo interno ed al Codice etico.

## **8 L'ORGANISMO DI VIGILANZA E CONTROLLO**

---

### **8.1 Requisiti e caratteristiche dell'Organismo di Vigilanza**

In merito all'organo al quale può essere attribuito il ruolo di vigilanza il Decreto legislativo 231/2001 precisa che esso (art. 6, comma 1, lettera b):

- deve essere dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- deve avere compiti di vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del "Modello di organizzazione e gestione";
- deve altresì curarne l'aggiornamento.

Il legislatore non ha tuttavia fornito ulteriori indicazioni circa le caratteristiche specifiche, le responsabilità e la composizione dell'Organismo.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 67 di 178

Maggiori indicazioni, sia in merito alla composizione dell'Organismo di vigilanza che in merito ai requisiti minimi che l'Organismo deve possedere per poter svolgere correttamente i suoi compiti (autonomia e indipendenza, professionalità, e continuità d'azione), sono state fornite dalle linee guida predisposte da alcune associazioni di categoria. I principali requisiti che l'organismo in esame deve possedere, sono stati poi individuati anche in sede giurisprudenziale.

Alla luce delle premesse sopra illustrate, nonché della propria struttura, la Fondazione si è dotata di un O.d.V. collegiale, i cui membri sono designati con delibera consiliare e sono rieleggibili. Con la stessa delibera viene fissata la durata della carica (non inferiore a tre anni) ed il compenso.

L'Organismo di Vigilanza è dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo ed ha una posizione indipendente ed autonoma in quanto si relaziona direttamente con il Consiglio di Amministrazione (terzietà), senza alcun vincolo di subordinazione gerarchica. Per questi motivi, nonché per rispondere al requisito dell'imparzialità, i suoi membri devono essere dotati di onorabilità ed assenza di conflitti d'interesse.

L'**autonomia** va intesa in senso non meramente formale, nel senso che è necessario che l'O.d.V.:

- sia dotato di risorse (anche finanziarie) adeguate;
- possa avvalersi di strumentazioni, supporti ed esperti nell'espletamento della sua attività di monitoraggio.

L'**indipendenza** dei componenti dell'Organismo di Vigilanza viene garantita dal fatto che essi non risultino coniugi, parenti od affini entro il quarto grado degli Amministratori della Fondazione, né legati alla stessa da rapporti di natura patrimoniale o professionale. Inoltre non devono trovarsi in una posizione, neppure potenziale, di conflitto di interessi con l'ente né essere titolari all'interno dello stesso di funzioni di tipo esecutivo che, rendendolo partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l'obiettività di giudizio nel momento delle verifiche sui comportamenti e sul Modello.

Il requisito della **professionalità** dei membri va inteso come capacità specifiche in tema di attività ispettiva e consulenziale, con particolare riferimento alla necessaria competenza legale e di auditing. Tale requisito è infatti riferito al bagaglio di strumenti e tecniche che l'organismo deve possedere per poter svolgere efficacemente l'attività assegnata.

Sul punto si sottolinea che, in sede giurisprudenziale (cfr. G.I.P. presso il Tribunale di Milano, ordinanza in data 20 settembre 2004), proprio il possesso di specifiche competenze in tema di attività ispettiva e di analisi, e delle connesse tecniche, sono stati individuati come indispensabili requisiti dell'O.d.V..

I fondamentali requisiti di autonomia, imparzialità, indipendenza, professionalità sono garantiti dal fatto che il solo Consiglio di Amministrazione può revocare ciascun membro ovvero l'intero Organismo di Vigilanza, e solo quando si verifichi una giusta causa, e cioè:

- l'interdizione o l'inabilitazione ovvero una grave infermità di uno o più dei componenti, che renda l'Organismo di Vigilanza inidoneo a svolgere le proprie funzioni, o un'infermità che, comunque, comporti l'impossibilità a svolgere l'attività per un periodo superiore a sei mesi;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 68 di 178

- l’attribuzione ad uno o più dei componenti di funzioni e responsabilità operative incompatibili con i requisiti di autonomia di iniziativa e di controllo, indipendenza e continuità di azione, che sono propri dell’Organismo di Vigilanza;
- un grave inadempimento dei doveri propri dell’Organismo di Vigilanza;
- una sentenza di condanna della Fondazione ai sensi del Decreto, anche in primo grado, ovvero un procedimento penale concluso tramite c.d. “patteggiamento”, ove risulti dagli atti “l’omessa o insufficiente vigilanza” da parte dell’Organismo di Vigilanza, secondo quanto previsto dall’art.6, comma 1 lett. d del Decreto;
- una sentenza di condanna, a carico dei componenti dell’Organismo di Vigilanza per aver personalmente commesso uno dei reati previsti dal Decreto;
- la condanna, a carico dei componenti dell’Organismo di Vigilanza, per avere commesso un reato non colposo;
- la condanna ad una pena che importa l’interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici ovvero l’interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche;
- la perdita dei requisiti di indipendenza così come sopra definiti;
- la presenza di un conflitto di interesse permanente.

Tali giuste cause di revoca costituiscono altresì causa di ineleggibilità o di decadenza, e ciò in quanto è in tal modo garantita l’onorabilità dei componenti l’O.d.V., sia per ragioni di coerenza di sistema, sia per rispondere alle censure che potrebbero essere sollevate in sede giurisprudenziale (cfr. G.I.P. presso il Tribunale di Napoli, ordinanza in data 26.06.2007 e G.I.P. presso Tribunale di Milano, ordinanza in data 09.11.2004).

La rinuncia all’incarico, da parte di ciascun membro dell’O.d.V., potrà avvenire in qualsiasi momento con un preavviso di trenta giorni. In tal caso il Consiglio provvederà in tempo utile alla sua sostituzione.

La decadenza dell’O.d.V. si verifica automaticamente se viene a mancare per dimissioni o altre cause la maggioranza dei componenti.

L’Organismo è dotato di autonomo potere di spesa, al fine di potersi avvalere del supporto di professionalità specialistiche esterne nell’esecuzione dei controlli di competenza. A tali fini potrà altresì utilizzare professionalità interne.

L’O.d.V. è comunque obbligato a rendicontare annualmente al Consiglio di Amministrazione l’utilizzo del Budget assegnatogli.

Le sopra delineate caratteristiche dell’O.d.V., unitamente alla sua stabilità ed alla possibilità di avvalersi di un suo Budget, gli consentono la richiesta continuità d’azione, per soddisfare la previsione di cui all’art. 6, comma 1, lettera d), e quindi per poter dare la garanzia di efficace e costante attuazione di un Modello così articolato e complesso.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 69 di 178

Con riferimento all'indipendenza dell'O.d.V., essa è altresì garantita dal Consiglio di Amministrazione dell'ente che si impegna a mantenerlo indenne da rischi di ritorsioni, comportamenti discriminatori o comunque da condotte pregiudizievoli nei suoi confronti per l'attività svolta.

In particolare, qualsiasi atto modificativo o interruttivo nel rapporto con l'ente è sottoposto alla preventiva approvazione del Consiglio di Amministrazione. Gli interventi modificativi o interruttivi del rapporto dovranno essere votati con la maggioranza dei due terzi dei Consiglieri.

## **8.2 Funzioni, poteri e attività di controllo dell'Organismo di Vigilanza**

### **8.2.1 Funzioni e poteri dell'Organismo di Vigilanza**

L'O.d.V. non costituisce una sovrapposizione rispetto agli organi di controllo previsti dai diversi sistemi di gestione, anzi imposta un “comportamento” dell'ente all'interno e all'esterno che si integra con gli scopi di una corretta gestione e di un efficiente apparato di controllo, attraverso la giusta previsione di un sistema di scambio incrociato di informazioni tra l'organo amministrativo, quello di controllo (es.: collegio sindacale) e l'organismo di vigilanza.

Il corretto ed efficace svolgimento dei compiti affidati all'O.d.V. sono presupposti indispensabili per l'esonero dalla responsabilità, sia che il reato sia stato commesso dai soggetti “apicali” sia che sia stato commesso dai soggetti sottoposti all'altrui direzione (in tal senso andrebbe letto l'art. 7, comma 4, laddove prevede che l'efficace attuazione del modello richiede, oltre all'istituzione di un sistema disciplinare, una sua verifica periodica, evidentemente da parte dell'organismo a ciò deputato).

A tale organo all'uopo istituito, perché operi costantemente in coordinamento con l'ente, pur risultando soggetto autonomo ed indipendente da esso, sono rimessi la verifica, applicazione ed aggiornamento dei modelli di organizzazione e gestione.

L'Organismo è dunque dotato di tutti i poteri necessari per assicurare una puntuale ed efficiente/efficace vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Modello nonché per l'espletamento dei seguenti compiti:

- verificare il rispetto, l'efficienza, l'efficacia e l'adeguatezza del Modello mediante verifiche periodiche o a sorpresa;
- curare l'aggiornamento della mappatura delle aree interne sensibili nell'ambito delle quali è ipotizzabile la commissione di reati previsti dal Decreto 231/2001;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 70 di 178

- formulare proposte al Consiglio di Amministrazione. per gli eventuali aggiornamenti ed adeguamenti del modello organizzativo ritenuti necessari in seguito a violazioni delle prescrizioni, significative modifiche dell'assetto organizzativo, variazioni normative o orientamenti giurisprudenziali;
- verificare l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle modifiche apportate;
- segnalare al Consiglio di Amministrazione le violazioni accertate del modello che comportino una responsabilità dell'ente e vigilare sulla conseguente applicazione delle sanzioni previste;
- raccogliere, elaborare ed archiviare le informazioni rilevanti in ordine al funzionamento ed al rispetto del Modello, nonché la documentazione che compone il Modello medesimo, ivi comprese – inter alia – la mappatura delle aree interne a rischio-reato, i relativi aggiornamenti, le relazioni sull'attività di vigilanza svolta;
- collaborare all'organizzazione di iniziative idonee ad assicurare la massima diffusione e conoscenza delle prescrizioni del Modello, controllando la frequenza ed il contenuto dei necessari programmi di formazione;
- vigilare sull'effettiva e concreta applicazione del Codice Etico e valutarne l'adeguatezza, per gli aspetti di competenza;
- effettuare, direttamente o tramite professionisti, in caso di circostanze particolari (ad esempio, emersione di precedenti violazioni) attività di ricerca e di identificazione di eventuali nuovi rischi;
- ricevere le segnalazioni ex art. 6 comma 2bis lettera a) del D.Lgs. 231/01.

Coerentemente, all'O.d.V. sono conferiti tutti i poteri necessari per il corretto espletamento dei compiti assegnatigli. Infatti, per poter assolvere in modo esaustivo i propri delicati ed onerosi compiti l'O.d.V. deve essere dotato, come specificano la legge in commento (articolo 6, 1° comma, lett. b) D. Lgs. n. 231/2001) ed i primi interventi giurisprudenziali, di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, ovvero di strumenti adeguati per poter verificare l'idoneità delle procedure codificate per la prevenzione degli illeciti e la puntuale e completa attuazione delle stesse in ciascuna delle aree di rischio individuate in seno all'ente.

Decisiva, in tal senso, è l'autonomia nei confronti degli organi di direzione ed amministrazione dell'ente che deve caratterizzare le fasi dell' "iniziativa" e del "controllo".

In estrema sintesi, l'Organismo dovrà essere munito della capacità di decidere cosa, quando, e come esplicitare la propria fondamentale funzione di controllo, agendo in modo indipendente dalle altre funzioni ed organi di vertice dell'ente, in quanto, come si ribadisce, sono essi stessi destinatari dell'attività ispettiva.

Inoltre, molto significativa, evidentemente, è la facoltà di attivarsi (con criteri di autonomia) nella richiesta di informazioni, dati e documenti verso tutte le componenti interne dell'ente.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 71 di 178

Ulteriori, fondamentali, prerogative dell’O.d.V. sono da individuare nella facoltà di eseguire interviste e raccogliere segnalazioni.

I compiti ed i poteri dell’O.d.V., unitamente alla nomina dei relativi membri, sono oggetto di specifica comunicazione interna.

Per garantire un efficace ed effettivo svolgimento delle proprie funzioni, oltre alle eventuali disposizioni generali dettate dal Consiglio di Amministrazione, tale Organismo ha la facoltà di stabilire apposite regole operative e adottare un proprio regolamento interno al fine di garantire la massima autonomia organizzativa e d’azione del soggetto in questione.

E’ necessario che l’O.d.V. provveda a documentare lo svolgimento dei suoi compiti. Infatti, l’attività di documentazione, da svolgersi in modo sintetico, chiaro, approfondito ed obiettivo, non deve essere sottovalutata né considerata come un aggravio burocratico-amministrativo da parte dei suoi componenti posto che:

- dai documenti si può evincere la “sufficiente vigilanza”;
- può essere necessario, come nel caso di successiva attività investigativa della polizia giudiziaria finalizzata all’accertamento della responsabilità amministrativa dell’ente, ricostruire, anche ad anni di distanza, l’attività di vigilanza posta in essere dal citato organismo di controllo interno.

Pertanto, l’attività svolta dall’Organismo di Vigilanza deve essere sempre documentata per iscritto e le sedute verbalizzate e sottoscritte dai suoi componenti.

### **8.2.2 Attività di controllo dell’Organismo di Vigilanza**

L’attività di controllo proprie dell’Organismo di Vigilanza si fondano su:

- verifiche dei principali atti e dei contratti di maggior rilevanza conclusi dalla Fondazione in aree di attività a rischio;
- verifiche delle procedure, al fine di monitorarne l’efficacia e l’effettivo funzionamento in modo da prevenire la commissione dei reati di cui al Decreto 231;
- verifiche delle segnalazioni ricevute e delle azioni avviate conseguentemente.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 72 di 178

## 8.3 Informativa

### 8.3.1 Informativa all’Organismo di Vigilanza

Per quanto sopra indicato assume fondamentale rilevanza il generale obbligo di assoluta ed incondizionata collaborazione incombente su tutti i livelli e le funzioni della società o dell’ente, siano essi operativi ovvero di direzione o di amministrazione.

In tal senso, la legge esplicitamente prevede precisi obblighi di informazione di cui l’organismo di controllo deve risultare destinatario, anche se la relazione illustrativa sul punto non fornisce ulteriori chiarimenti.

L’O.d.V. deve dunque poter disporre di tutte le informazioni necessarie per svolgere efficacemente le proprie funzioni e deve essere tenuto costantemente informato sull’evoluzione delle attività nelle aree a rischio ed avere libero accesso a tutta la documentazione aziendale rilevante, compresi i relativi dati di aggiornamento.

Sarà, inoltre, destinatario di segnalazioni da parte del management circa eventuali situazioni dell’attività aziendale che possano esporre l’ente al rischio di reato nonché di ogni altra informazione, di qualsiasi tipo, proveniente anche da terzi ed attinente all’attuazione del modello nelle aree a rischio.

Ciò comporta che ciascun collaboratore dovrà fornire all’O.d.V. tutte le seguenti informazioni:

- i documenti e le indicazioni relative alle singole attività, ove richiesti;
- le condotte anomale o comunque non in linea con il Modello;
- le notizie relative ad eventuali problematiche nell’effettiva applicazione del Modello nell’ambito delle attività dell’ente;
- tutte le notizie relative ad apparenti violazioni del Modello:
- eventuali richieste od offerte di denaro, doni o altre utilità, anche sotto forma di sconto (eccedenti il valore modico, e cioè in via orientativa Euro 150, secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 62/2013), provenienti da, o destinate a, pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio;
- eventuali omissioni, trascuratezze o falsificazioni nella tenuta della contabilità o nella conservazione della documentazione su cui si fondano le registrazioni contabili;
- in base ad un prudente apprezzamento discrezionale della Direzione le notizie relative ai procedimenti disciplinari in corso e alle eventuali sanzioni irrogate ovvero la motivazione della loro archiviazione;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 73 di 178

- ogni situazione di pericolo connesso alla salute ed alla sicurezza sul lavoro.

L’informativa di cui sopra dovrà essere completa ed includere la copia della documentazione relativa; la documentazione di supporto, nel caso in cui non sia in possesso dei dipendenti, è ricercata a cura dell’Organismo di Vigilanza in forza dei suoi poteri ispettivi.

La Fondazione garantisce che ciascun collaboratore potrà liberamente contattare l’O.d.V. per segnalare volontariamente le informazioni sopra indicate, con particolare riferimento ad eventuali irregolarità.

Dette informazioni dovranno essere fornite in forma non anonima; qualora invece giungessero in forma anonima, l’O.d.V. ne valuterà la fondatezza.

L’O.d.V. garantisce la necessaria riservatezza dell’identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge, ed altresì che il segnalante non subisca alcuna forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione. Tuttavia, gli autori di segnalazioni deliberatamente infondate e/o pretestuose potranno essere assoggettati a sanzioni disciplinari.

L’O.d.V. stabilisce inoltre la tempistica con la quale acquisire:

- verbali del Consiglio di Amministrazione, ove indispensabile;
- bilancio annuale;
- informazioni relative a cambiamenti organizzativi, incluso il sistema di governo e dei poteri, nonché delle procedure interne;
- segnalazioni dell’Organo di controllo relative a possibili carenze dei controlli interni o ad altre problematiche riscontrate;
- informazioni relative ad acquisizione ed utilizzo di contributi e finanziamenti pubblici;
- reportistica periodica in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché tutti i dati relativi agli infortuni sul lavoro eventualmente occorsi.

Oltre alle segnalazioni sopra descritte, devono essere obbligatoriamente ed immediatamente trasmesse all’Organismo di Vigilanza le informazioni concernenti:

- 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, per i reati previsti dal Decreto 231 o che interessano, anche indirettamente, la Fondazione, i suoi dipendenti o collaboratori ed i componenti del Consiglio di Amministrazione;
- richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti o collaboratori e dagli amministratori in caso di avvio di procedimenti giudiziari per i reati previsti dal Decreto 231;
- quando reso noto alla Fondazione, l’avvio di procedimenti giudiziari nei confronti di amministratori, dipendenti, collaboratori;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 74 di 178

- rapporti di controllo dai quali potrebbero emergere fatti, atti, eventi o omissioni con profili di criticità rispetto ai reati previsti dal Decreto 231.

La Fondazione rende disponibili i necessari canali informativi per consentire la trasmissione di tutte le suddette informazioni all’O.d.V. e li rende noti a tutti i collaboratori con le modalità più opportune.

La violazione degli obblighi di informativa all’Organismo di Vigilanza costituisce violazione del Modello, sanzionabile secondo quanto previsto nell’apposita sezione: “Il Sistema Sanzionatorio”.

### **8.3.2 Obblighi di informazione da parte dell’Organismo di Vigilanza**

Nello svolgimento delle proprie attività, l’Organismo di Vigilanza:

- informa il Presidente ed il Consiglio di Amministrazione nel più breve tempo possibile circa le segnalazioni ricevute e le violazioni rilevate in merito a eventi che potrebbero ingenerare responsabilità della Fondazione ai sensi del D.Lgs. 231;
- presenta al Consiglio di Amministrazione (e dopo avere acquisito gli opportuni riscontri dalle strutture interne) una relazione periodica in ordine alle attività di verifica e controllo compiute e dell’esito delle medesime;
- sottopone all’organo dirigente, in tale occasione:
  - le carenze organizzative o procedurali rilevate e tali da esporre la Fondazione al pericolo che siano commessi reati rilevanti ai fini del Decreto;
  - la necessità di apportare modifiche e/o aggiornamenti al Modello;
  - le azioni correttive, necessarie o eventuali, da apportare al fine di assicurare l’efficacia e l’effettività del Modello;
  - lo stato di attuazione delle azioni correttive precedentemente deliberate;
- informa, con appropriata tempistica, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, mediante la presentazione di rapporti scritti concernenti aspetti puntuali e specifici della propria attività, ritenuti di particolare rilievo e significato nel contesto dell’attività di prevenzione e controllo;
- riferisce agli organi sopra menzionati specifici fatti od accadimenti, ogni qualvolta lo ritenga opportuno;

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 75 di 178

- riferisce al Presidente circa l'eventuale mancata o carente collaborazione da parte delle funzioni interne nell'espletamento dei propri compiti di verifica e/o d'indagine.

Sono rimesse all'Organismo la calendarizzazione e la regolamentazione della propria attività, ai fini di rispettare i requisiti di continuità d'azione richiesti dalla legge.

Le funzioni interne potranno rapportarsi con l'O.d.V. con la tempistica concordata in funzione delle necessità, per riportare in merito a specifici fatti od accadimenti o per discutere di argomenti ritenuti di particolare rilievo nel contesto della funzione di prevenzione di reati.

Gli incontri dell'Organismo di Vigilanza con il Consiglio di Amministrazione devono essere verbalizzati ed i relativi verbali conservati presso l'ente.

Come già indicato, nella seduta del 31/10/2014 la Giunta della Regione Lombardia ha approvato la Deliberazione n. X/2569, che stabilisce che "il soggetto gestore attesta annualmente, entro il 28 febbraio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante o dai procuratori speciali:

- l'adozione del codice etico comportamentale;
- la nomina dell'organismo di vigilanza, con l'identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche;
- l'avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia;
- l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza."

L'Organismo è quindi tenuto a trasmettere alla Fondazione, in tempo utile per adempiere la succitata prescrizione, una propria relazione annuale.

### **8.3.3 Il c.d. whistleblowing ed il compito dell'Organismo di Vigilanza**

Il 29 dicembre 2017 è entrata in vigore la legge n. 179 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 291 del 14 dicembre 2017).

La legge mira a incentivare la collaborazione dei lavoratori per favorire l'emersione dei fenomeni corruttivi all'interno di enti pubblici e privati.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 76 di 178

L'introduzione di una disciplina ad hoc sul fenomeno del c.d. whistleblowing recepisce l'invito, rivolto all'Italia da alcuni organismi internazionali impegnati sul fronte anticorruzione, a rafforzare l'azione di prevenzione e contrasto di questo fenomeno, anche con la previsione di sistemi che consentono ai lavoratori di segnalare in condizioni di sicurezza gli eventuali illeciti di cui vengono a conoscenza.

Per quanto riguarda il settore privato, l'articolo 2 della legge n. 179/17 interviene sul decreto 231 e inserisce all'articolo 6 (*“Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente”*) una nuova previsione che inquadra nell'ambito del modello organizzativo 231 le misure legate alla presentazione e gestione delle segnalazioni.

La legge prevede per le imprese che adottano il modello organizzativo 231 l'obbligo di dare attuazione anche alle nuove misure.

In particolare, ai sensi del nuovo comma 2-*bis*, sono previste le seguenti misure aggiuntive:

- 1- Uno o più canali che consentano ai soggetti indicati nell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte; tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione;
- 2- almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante (si ritiene che tali modalità possano essere realizzate anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche anche gestite da terze parti indipendenti e specializzate, oltre che con l'attivazione di caselle di posta elettronica dedicate). Si evidenzia che il profilo della riservatezza dell'identità del segnalante è diverso da quello dell'anonimato.
- 3- Il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente alla segnalazione.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 77 di 178

- 4- Nel sistema disciplinare adottato ai sensi del comma 2, lettera e), sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.

In relazione alle segnalazioni previste ai sensi dell'art. 6 comma 2 *bis* lettera a) del D.Lgs. 231/01, la Fondazione ha individuato nell'Organismo di Vigilanza e Controllo l'organo deputato alla loro ricezione.

Le predette segnalazioni potranno pertanto essere indirizzate dai Destinatari del presente Modello (*cf.* par. 1.1.2) all'OdV, attraverso i canali e secondo le modalità meglio specificate in seguito.

Le segnalazioni potranno avere ad oggetto condotte illecite che abbiano attinenza ai reati presupposto previsti a norma del D. Lgs. 231/01 ovvero violazioni correlate al Modello adottato dalla Fondazione.

In particolare potranno essere presentate:

- segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del D. Lgs. 231/01 e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti;
- segnalazioni di violazioni del Modello adottato dalla Fondazione, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte.

Tenuto conto degli autonomi poteri di iniziativa e controllo di cui dispone l'OdV esso potrà disciplinare anche in via autonoma (ad esempio nel proprio regolamento di attività) le modalità di gestione della segnalazione, di attività istruttoria, di adeguata verbalizzazione, di conservazione degli atti ecc.

Per quanto concerne l'esito di accertamenti a seguito di segnalazioni fondate gli stessi potranno seguire il medesimo *iter* previsto nel caso di accertamenti autonomi effettuati dall'Organismo di Vigilanza.

La Fondazione ha adottato specifici canali informativi dedicati - una *mail box* dedicata e una casella di posta elettronica - al fine di:

- assicurare la segretezza nella direzione dei flussi comunicati all'OdV e facilitarne il flusso;
- garantire la riservatezza dell'identità del segnalante anche nelle attività di gestione delle comunicazioni (con specifico riguardo alle segnalazioni di cui all'art. 6 comma 2 *bis* lettera a) del D. Lgs. 231/01).

L'OdV valuta le segnalazioni ricevute con discrezionalità e responsabilità. A tal fine può ascoltare l'autore della segnalazione e/o il responsabile della presunta violazione, motivando per iscritto la ragione dell'eventuale autonoma decisione a non procedere. In ogni caso, i segnalanti saranno garantiti da qualsiasi forma di ritorsione o penalizzazione e ad essi sarà assicurata la massima riservatezza, fatti salvi gli obblighi di legge e le esigenze di tutela della Fondazione o delle persone accusate erroneamente o in malafede.

E' fatto divieto di porre in essere atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 78 di 178

## 9 IL SISTEMA SANZIONATORIO

---

### 9.1 Caratteristiche del sistema sanzionatorio

Conformemente alle prescrizioni contenute all'art. 6, punto 2 lett. E) del Decreto 231/2001 ed alle indicazioni di Confindustria, che ha ritenuto nelle proprie Linee Guida l'apparato sanzionatorio quale punto cardine del Modello, è previsto il sistema disciplinare di seguito descritto che prevede apposite sanzioni per la violazione di quanto contenuto nel o richiamato dal Modello, al fine della prevenzione dei reati di cui al Decreto 231.

Pertanto le norme disciplinari che regolano il rapporto di lavoro a qualsiasi titolo prestato a favore della Fondazione sono integrate da quanto qui previsto.

Ne consegue che saranno considerati come illeciti disciplinari tutte le condotte commissive o omissive, anche colpose, ivi compresa l'omessa informativa all'Organismo di Vigilanza, idonee a ledere l'efficacia del Modello e che a tali condotte saranno applicate le sanzioni di seguito indicate, ferme restando le previsioni di cui alla contrattazione collettiva, ove applicabili.

Sono altresì considerate violazioni del presente modello e perciò sanzionabili tutte le condotte commissive od omissive volte a violare le misure previste a tutela dei soggetti che abbiano compiuto segnalazioni ai sensi dell'art. 6-bis del D.Lgs. 231/01. Allo stesso modo è sanzionabile il soggetto che abbia compiuto dette segnalazioni in malafede.

Il presente sistema sanzionatorio opera nel rispetto delle norme vigenti, incluse quelle previste nella contrattazione collettiva, ove applicabili, ed è aggiuntivo rispetto alle norme di legge o di regolamento vigenti, nonché integrativo delle altre norme di carattere interno, ivi incluse quelle di natura disciplinare.

L'applicazione del sistema è autonoma rispetto allo svolgimento e all'esito del procedimento giudiziario eventualmente avviato presso l'autorità competente.

I soggetti destinatari del presente sistema sanzionatorio potranno esercitare tutti i diritti – ivi inclusi quelli di contestazione o di opposizione avverso il provvedimento disciplinare, ovvero di costituzione di un Collegio Arbitrale – loro riconosciuti da norme di legge o di regolamento, nonché dalla contrattazione, inclusa quella collettiva, e/o dai regolamenti interni.

L'applicazione del sistema sanzionatorio può essere oggetto di richieste di informazioni e di verifiche da parte dell'Organismo di Vigilanza.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 79 di 178

Resta inoltre stabilito che il sistema sanzionatorio di seguito riportato è applicabile anche in caso di violazione delle norme in materia di tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro; ciò in quanto non siano state previste sanzioni specifiche in caso di violazione delle norme di Prevenzione adottate dalla Fondazione.

Le sanzioni vengono irrogate secondo quanto previsto nel successivo punto, nonché nella contrattazione collettiva, ove applicabile.

## 9.2 Criteri di graduazione delle sanzioni

L'individuazione del tipo di sanzione e la sua irrogazione avverranno nel rispetto del principio di proporzionalità e di adeguatezza.

Nello stabilire il tipo e l'entità della sanzione verrà tenuto conto:

- dell'intenzionalità del comportamento o 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 dalla legge;
- delle altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare, quali modalità della condotta e circostanze nel cui ambito si è sviluppata.

La gravità della condotta sarà valutata, in ordine crescente, a seconda che si tratti di:

- violazione del Modello idonea ad integrare l'elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n.231/2001, e l'elemento soggettivo della colpa lieve;
- violazione del Modello idonea ad integrare l'elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n.231/2001, e l'elemento soggettivo della colpa lieve e delle circostanze aggravanti di cui di seguito;
- violazione del Modello che, oltre l'elemento oggettivo, integra anche l'elemento soggettivo della colpa grave;
- violazione del Modello che, oltre l'elemento oggettivo, integra anche l'elemento soggettivo della colpa grave e delle circostanze aggravanti di cui di seguito;
- violazione del Modello che integra l'elemento oggettivo e quello soggettivo del dolo, o che comunque ponga l'ente in una situazione di pericolo rispetto alla contestazione della responsabilità di cui al Decreto.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 80 di 178

Parimenti, relativamente al settore della salute e sicurezza sul lavoro, la gravità della condotta sarà valutata, in ordine crescente, a seconda che si tratti di:

- violazione del Modello che determini una situazione di pericolo generico per l'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;
- violazione del Modello che determini una situazione di pericolo concreto per l'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;
- violazione del Modello che determini una lesione all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;
- violazione del Modello che determini una lesione qualificabile come grave (v. art. 583, 1° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;
- violazione del Modello che determini una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione.

Saranno considerate circostanze aggravanti:

- la recidiva;
- il concorso di più persone nella commissione della violazione;
- una condotta che dia luogo a più violazioni, la più grave delle quali sarà oggetto dell'aggravamento della sanzione.

### **9.3 Misure nei confronti dei lavoratori dipendenti**

Le sanzioni irrogabili nei riguardi dei lavoratori dipendenti sono quelle previste dal sistema disciplinare in vigore, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 7 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 e con riferimento a quanto previsto in materia disciplinare dai CCNL applicati:

- il “contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale delle regioni e delle autonomie locali”;
- il “contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale dipendente dalle realtà del settore assistenziale, sociale, socio-sanitario, educativo, nonché da tutte le altre istituzioni di assistenza e beneficenza UNEBA”.

Incorre nel provvedimento del biasimo inflitto verbalmente (CCNL UNEBA) o del rimprovero verbale (CCNL Enti Locali), il dipendente, nel caso di:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 81 di 178

- inosservanza e/o violazione di norme contrattuali o di direttive ed istruzioni impartite dalla direzione o dai superiori, o in generale dalla Fondazione, con comportamenti quindi non conformi alle prescrizioni del presente Modello;
- negligenza nell’espletamento delle attività lavorative, correlata alle prescrizioni del presente Modello,

realizzate in modo tale da integrare l’elemento oggettivo (fatto) e l’elemento soggettivo della colpa lieve, ovvero che determinino una situazione di pericolo generico all’integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione.

Incorre nel provvedimento del biasimo inflitto per iscritto (CCNL UNEBA) o del rimprovero scritto (censura) (CCNL Enti Locali), il dipendente, nel caso di:

- inosservanza e/o violazione di norme contrattuali o di direttive ed istruzioni impartite dalla direzione o dai superiori, o in generale dalla RSA con comportamenti quindi non conformi alle prescrizioni del presente Modello;
- negligenza nell’espletamento delle attività lavorative, correlata alle prescrizioni del presente Modello,

realizzate in modo tale da integrare l’elemento oggettivo (fatto) e l’elemento soggettivo della colpa lieve e della presenza di una o più delle circostanze aggravanti di cui sopra, ovvero che determinino una situazione di pericolo concreto per la integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione.

Incorre nel provvedimento della multa sino a 3 ore di normale retribuzione (CCNL UNEBA) o della multa di importo fino ad un massimo di 4 ore di retribuzione (CCNL Enti Locali) il dipendente nel caso di:

- inosservanza e/o violazione di norme contrattuali o di direttive ed istruzioni impartite dalla direzione o dai superiori, o in generale dalla Fondazione, con comportamenti quindi non conformi alle prescrizioni del presente Modello;
- negligenza nell’espletamento delle attività lavorative, correlata alle prescrizioni del presente Modello realizzate in modo idoneo ad integrare il solo elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati,

realizzate in modo tale da integrare l’elemento oggettivo (fatto) e l’elemento soggettivo della colpa grave, ovvero che determinino una lesione all’integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione.

Incorre nel provvedimento della sospensione sino a dieci giorni dal lavoro e dalla retribuzione (CCNL UNEBA) o della sospensione dal servizio e dalla retribuzione fino a un massimo di dieci giorni (CCNL Enti Locali), il dipendente, nel caso di:

- inosservanza e/o violazione di norme contrattuali o di direttive ed istruzioni impartite dalla direzione o dai superiori, o in generale dalla Fondazione, con comportamenti quindi non conformi alle prescrizioni del presente Modello;
- negligenza nell’espletamento delle attività lavorative, correlata alle prescrizioni del presente Modello,

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 82 di 178

realizzate in modo idoneo ad integrare oltre l’elemento oggettivo (fatto), anche l’elemento soggettivo della colpa grave e della presenza di una o più delle circostanze aggravanti di cui sopra ovvero che determinino una lesione grave (v. art. 583 , 1° comma, Codice Penale) all’integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione.

Incorre nel provvedimento del licenziamento per giustificato motivo, con preavviso (CCNL UNEBA) o del licenziamento con preavviso (CCNL Enti Locali), il dipendente, nel caso di:

- inosservanza e/o violazione di norme contrattuali o di direttive ed istruzioni impartite dalla direzione o dai superiori, o in generale dalla Fondazione, con comportamenti quindi non conformi alle prescrizioni del presente Modello;
- negligenza nell’espletamento delle attività lavorative, correlata alle prescrizioni del presente Modello,

realizzate in modo idoneo ad integrare oltre l’elemento oggettivo (fatto), anche l’elemento soggettivo del dolo, o che comunque ponga la Fondazione in una situazione di pericolo rispetto alla contestazione della responsabilità di cui al Decreto, ovvero che determinino una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all’integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione.

Incorre nel provvedimento del licenziamento disciplinare senza preavviso (CCNL UNEBA) o del licenziamento senza preavviso (CCNL Enti Locali) il dipendente, nel caso di condotta in violazione del Modello di gravità tale da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso per comportamenti non conformi alle prescrizioni del presente Modello, o tale da determinare la concreta applicazione a carico della Fondazione di misure previste dal Decreto, ovvero realizzata in modo da determinare la morte di una o più persone.

#### **9.4 Misure nei confronti dei dirigenti**

Se nell’espletamento di attività il dirigente adotta una condotta ed un comportamento non conformi alle prescrizioni del Modello stesso, ivi compresa l’omessa informativa all’Organismo di Vigilanza, ovvero non esercita un’adeguata direzione e/o vigilanza sui soggetti a lui sottoposti, si provvederanno ad applicare nei confronti del responsabile le misure più idonee, in conformità a quanto previsto dal “contratto collettivo nazionale di lavoro Dirigenza Regioni e autonomie locali” e dalle disposizioni di Legge (ad es. artt. 2118 e 2119 del Codice Civile).

In particolare, saranno applicate le seguenti sanzioni, fatte salve eventuali diverse previsioni nell’ambito della contrattazione collettiva applicabile:

1. la sanzione disciplinare pecuniaria da un minimo di € 200,00 ad un massimo di € 500,00, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l’elemento oggettivo (fatto) e l’elemento soggettivo della colpa lieve, ovvero che determinino una situazione di pericolo generico all’integrità fisica di una o più persone, incluso l’autore della violazione;

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 83 di 178

2. la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino ad un massimo di quindici giorni, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l'elemento oggettivo (fatto) e l'elemento soggettivo della colpa lieve e della presenza di una o più delle circostanze aggravanti di cui sopra, ovvero che determinino una situazione di pericolo concreto per la integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

3. la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino ad un massimo di tre mesi, con la mancata attribuzione della retribuzione di risultato per un importo pari a quello spettante per il doppio del periodo di durata della sospensione, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l'elemento oggettivo (fatto) e l'elemento soggettivo della colpa grave, ovvero che determinino una lesione all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

4. la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di sei mesi, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo idoneo ad integrare oltre l'elemento oggettivo (fatto), anche l'elemento soggettivo della colpa grave e della presenza di una o più delle circostanze aggravanti di cui sopra ovvero che determinino una lesione grave (v. art. 583, 1° comma, Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

5. il licenziamento con preavviso, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo idoneo ad integrare oltre l'elemento oggettivo (fatto), anche l'elemento soggettivo del dolo, o che comunque ponga la Fondazione in una situazione di pericolo rispetto alla contestazione della responsabilità di cui al Decreto, ovvero che determinino una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

6. il licenziamento senza preavviso, nel caso di violazione del Modello di gravità tale da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso per comportamenti non conformi alle prescrizioni del presente Modello, o tale da determinare la concreta applicazione a carico dell'Istituto di misure previste dal Decreto, ovvero realizzata in modo da determinare una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione, ovvero la morte.

## **9.5 Misure nei confronti degli Amministratori e dei componenti l'Organo di controllo**

Qualora sia accertata la commissione di una violazione del presente Modello da parte di uno dei soggetti in discorso, saranno applicate le seguenti sanzioni:

1. il richiamo scritto, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l'elemento oggettivo (fatto) e l'elemento soggettivo della colpa lieve, sia in presenza sia in assenza delle circostanze aggravanti di cui sopra, ovvero che determinino una situazione di pericolo generico o concreto per l'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 84 di 178

2. la diffida al puntuale rispetto del Modello, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l'elemento oggettivo (fatto) e l'elemento soggettivo della colpa grave, ovvero che determinino una lesione all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

3. la decurtazione degli emolumenti, se stabiliti (altrimenti una sanzione pecuniaria non inferiore nel minimo ad Euro 1.000 e non superiore nel massimo ad Euro 3.000), ovvero del corrispettivo previsto in favore dell'Organo di controllo, fino al 50%, in caso di violazioni del Modello realizzate in modo tale da integrare l'elemento oggettivo (fatto) e l'elemento soggettivo della colpa grave e della presenza di una o più delle circostanze aggravanti di cui sopra, ovvero che determinino una lesione qualificabile come grave (art. 583, comma 1° del Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

4. la revoca dall'incarico nel caso di violazioni del Modello realizzate in modo idoneo ad integrare oltre l'elemento oggettivo (fatto), anche l'elemento soggettivo del dolo, o che comunque ponga l'ente in una situazione di pericolo rispetto alla contestazione della responsabilità di cui al Decreto, ovvero che determinino una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione, ovvero la morte.

Qualora la violazione sia contestata ad un Amministratore legato alla Fondazione da un rapporto di lavoro subordinato, saranno applicate le sanzioni previste in funzione del rispettivo CCNL.

Se applicata la sanzione del licenziamento, con o senza preavviso, l'amministratore sarà anche revocato dall'incarico.

## 9.6 Misure nei confronti dei collaboratori esterni

Per collaboratore esterno si intende il personale non dipendente della Fondazione, ma ad esso collegato con rapporto di lavoro parasubordinato, inclusi i collaboratori a progetto.

Le sanzioni previste nei loro confronti sono:

- la diffida al puntuale rispetto del Modello nel caso di violazioni del Modello, ovvero violazioni idonee ad integrare l'elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001 e l'elemento soggettivo della colpa lieve, ovvero una situazione di concreto pericolo per l'integrità fisica o una lesione all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;
- l'applicazione di una penale in misura pari al 10% del corrispettivo pattuito in favore del collaboratore, nel caso di violazioni idonee ad integrare oltre all'elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001 anche l'elemento soggettivo della colpa grave, ovvero che

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 85 di 178

determinino una lesione, anche qualificabile come grave (v. art. 583, 1° co., Codice Penale), all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione;

- la risoluzione del rapporto contrattuale nel caso di violazioni idonee ad integrare oltre all'elemento oggettivo (fatto) di uno dei reati rilevanti ai sensi del D. Lgs. n.231/2001 anche l'elemento soggettivo del dolo, ovvero che determinino una lesione qualificabile come gravissima (v. art. 583, 2° co., Codice Penale) all'integrità fisica di una o più persone, incluso l'autore della violazione, ovvero la morte.

## **9.7 Misure nei confronti delle Società di Service, dei Consulenti e dei Partner**

Ogni violazione delle regole di cui al presente Modello applicabili nei confronti di Società di Service, consulenti e partner, ovvero ogni commissione dei reati previsti dal D. Lgs. n.231/2001, è sanzionata secondo quanto indicato nelle specifiche clausole contrattuali da inserirsi nei relativi contratti.

## **9.8 Rivalsa per risarcimento danni**

In ogni caso resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento, qualora dai comportamenti sanzionabili derivino danni concreti alla Fondazione, come nel caso di applicazione alla stessa da parte del giudice delle misure previste dal Decreto.

## **9.9 L'irrogazione delle sanzioni**

### **9.9.1 Premessa**

Il procedimento di irrogazione delle sanzioni si sviluppa attraverso:

- la fase della contestazione della violazione al soggetto interessato;
- la fase di determinazione e di successiva irrogazione della sanzione.

Si indicano di seguito le procedure di riferimento.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 86 di 178

## 9.9.2 Lavoratori Dipendenti

### Fase della contestazione

Il processo sanzionatorio disciplinare ha inizio con la segnalazione effettuata alla Direzione:

- dall’Organismo di Vigilanza; in questo caso nasce da quanto rilevato a seguito di una sua attività ispettiva o simile o da una segnalazione acquisita;
- dal Responsabile di funzione o da qualsiasi altro superiore gerarchico altrimenti denominato (“Responsabile”): in questo caso l’ufficio amministrativo provvede ad informare l’Organismo di Vigilanza, il quale potrà effettuare una eventuale, ulteriore attività ispettiva.

La Direzione valuta i fatti con il supporto dell’Organismo di Vigilanza, anche sulla base di eventuali informazioni aggiuntive richieste al Responsabile. A seguito di questa valutazione, qualora non sussistano gli estremi, procederà con l’archiviazione; in caso contrario, passerà alla fase della contestazione scritta della violazione.

La comunicazione dovrà contenere la puntuale indicazione della condotta contestata e delle previsioni del Modello oggetto di violazione nonché l’avviso della facoltà di formulare eventuali deduzioni e/o giustificazioni scritte entro quindici giorni dalla ricezione della comunicazione.

### Fase di determinazione ed irrogazione

Valutate le eventuali controdeduzioni (sempre con il supporto dell’Organismo di Vigilanza) la Direzione passerà, se del caso, alla fase della determinazione e applicazione della sanzione.

Il dipendente ha tempo quindicigiorni dal ricevimento della contestazione per le controdeduzioni; la Fondazione, dal ricevimento delle controdeduzioni, ha tempo quindici giorni per irrogare il provvedimento disciplinare.

La Direzione verifica l’applicazione della sanzione nel rispetto delle norme di legge e di regolamento, dei regolamenti interni laddove applicabili, nonché delle previsioni di cui alla contrattazione collettiva.

Il dipendente sanzionato avrà facoltà di adire l’autorità giudiziaria ovvero di promuovere la costituzione di un Collegio di conciliazione ed arbitrato. In tal caso la sanzione disciplinare resta sospesa fino alla pronuncia dell’autorità giudiziaria ovvero del Collegio.

L’Organismo di Vigilanza dovrà essere tenuto informato dalla Direzione dell’irrogazione della sanzione e delle eventuali, successive azioni del dipendente.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 87 di 178

### 9.9.3 Dirigenti

In tale caso si seguirà la stessa procedura sopra prevista, salvo che le sanzioni saranno deliberate, in tal caso, direttamente dal Consiglio di Amministrazione.

### 9.9.4 Amministratori e componenti l’Organo di controllo

#### Fase della contestazione

Ove un Amministratore non legato alla Fondazione da rapporto di lavoro subordinato violasse il modello, chiunque rilevasse tale violazione deve darne informativa all’Organismo di Vigilanza.

Questi, effettuati i necessari accertamenti nel tempo più breve, trasmetterà al Consiglio di Amministrazione ed all’Organo di controllo una relazione contenente le seguenti indicazioni:

- identificazione del soggetto responsabile;
- descrizione della condotta con cui sarebbe avvenuta la violazione e delle previsioni del modello violate;
- documentazione raccolta e altri elementi comprovanti la violazione;
- un’eventuale proposta di sanzione.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione – o i suoi componenti, qualora la segnalazione riguardasse il Presidente stesso – deve, entro sette giorni lavorativi dalla ricezione della relazione dell’Organismo di Vigilanza, inviare una comunicazione all’Amministratore interessato. La comunicazione deve essere effettuata per iscritto e deve contenere gli estremi della condotta contestata e delle previsioni del modello che sarebbero state violate, dando facoltà all’interessato di formulare rilievi e/o deduzioni di confutazione.

#### Fase di determinazione ed irrogazione

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione deve inoltre convocare il Consiglio, in tempo utile affinché l’adunanza si tenga entro trenta giorni dalla ricezione della relazione dell’Organismo di Vigilanza. Nel corso di questa adunanza, alla quale dovrà essere invitato a partecipare anche l’Organismo di Vigilanza, dovrà essere disposta l’audizione dell’interessato, che potrà anche presentare le proprie controdeduzioni. Qualora non fossero necessari ulteriori accertamenti, e l’esito comprovasse l’avvenuta violazione, il Consiglio determinerà la sanzione da applicarsi e ne fornirà la motivazione.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 88 di 178

Qualora necessitassero invece ulteriori accertamenti, il Presidente convocherà il Consiglio per un'adunanza da tenersi entro trenta giorni; quest'ultima dovrà concludersi o con l'archiviazione o con l'irrogazione della sanzione.

Il procedimento sopra descritto trova applicazione, mutatis mutandis, anche qualora sia riscontrata la violazione del Modello da parte di un componente dell'Organo di revisione, nei limiti consentiti dalle norme di legge applicabili.

### 9.9.5 Collaboratori esterni

Ove un collaboratore esterno violasse il Modello, chiunque rilevasse tale violazione deve darne informativa all'Organismo di Vigilanza.

Questi, effettuati i necessari accertamenti nel tempo più breve, trasmetterà al Responsabile della funzione che gestisce il rapporto contrattuale in questione, una relazione contenente le seguenti indicazioni:

- identificazione del soggetto responsabile;
- descrizione della condotta con cui sarebbe avvenuta la violazione e delle previsioni del Modello violate;
- la documentazione raccolta e gli altri elementi comprovanti la violazione;
- un'eventuale proposta di sanzione.

La funzione citata deve, entro sette giorni lavorativi dalla ricezione della relazione dell'Organismo di Vigilanza, inviare una comunicazione al collaboratore interessato. La comunicazione deve essere effettuata per iscritto e deve contenere gli estremi della condotta contestata e delle previsioni del Modello che sarebbero state violate, dando facoltà all'interessato di formulare rilievi e/o deduzioni di confutazione entro sette giorni dalla ricezione.

Trascorso detto termine, tale funzione, valutate anche le controdeduzioni, comunicherà all'interessato ed all'Organismo di Vigilanza l'esito della procedura e l'eventuale irrogazione della sanzione ritenuta adeguata.

La Direzione provvederà quindi all'effettiva applicazione della sanzione stessa nel rispetto delle norme di legge e di regolamento.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 89 di 178

### 9.9.6 Società di Service, Consulenti e Partner

La Fondazione applicherà le procedure interne previste in caso di risoluzione contrattuale, ma dell’eventuale irrogazione della sanzione dovranno essere informati, oltre all’Organismo di Vigilanza, anche il Consiglio di Amministrazione e l’Organo di controllo.

### 9.10 Conoscibilità

Per garantirne la piena conoscenza da parte di ogni destinatario, il presente sistema sanzionatorio:

- viene affisso in bacheca ed è tenuto a disposizione presso la Direzione;
- viene consegnato o inviato per via telematica ai soggetti in posizione apicale ed ai componenti gli organi societari;
- per quanto di pertinenza, ne viene data appropriata informativa ai collaboratori, consulenti, partner e fornitori.

## 10 COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

---

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione adotta il presente Modello ed informa di tale adozione con specifica comunicazione affissa in bacheca.

Le modalità di diffusione del Modello saranno stabilite dall’Organismo di Vigilanza; l’effettiva diffusione sarà effettuata a cura della Direzione.

Sarà cura della Direzione informare i terzi che interagiscono con l’ente dell’avvenuta adozione del Modello e in sintesi delle parti per essi rilevanti.

Le stesse modalità informative saranno adottate in caso di aggiornamento del Modello, nel momento in cui ne sarà stata data approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione.

Si ricorda che gli aggiornamenti del Modello si rendono necessari ogniqualvolta avvengano modificazioni esogene (esempio: sistema normativo) o endogene (esempio: organigramma) che richiedano di variarne le previsioni allo scopo di mantenerne l’efficienza.

La Direzione, su proposta dell’Organismo di Vigilanza, promuoverà la necessaria formazione stabilendo:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 90 di 178

- il contenuto e la durata dei corsi;
- la loro frequenza;
- i partecipanti e l’obbligo di frequenza;
- le modalità con le quali eseguire i controlli che sia stato realizzato tutto quanto stabilito.

In relazione agli aspetti SSL, la Fondazione attiva dei piani di formazione differenziati per ruoli e responsabilità, al fine di assicurare un’adeguata consapevolezza circa l’importanza sia della conformità delle azioni rispetto al Modello, sia delle possibili conseguenze connesse a violazioni dello stesso; in quest’ottica, particolare rilevanza è riconosciuta alla formazione ed all’addestramento dei soggetti che svolgono compiti in materia di SSL.

L’Organismo di Vigilanza verificherà che la formazione sia tenuta in modo adeguato e che essa sia differenziata nei contenuti, in funzione della qualifica dei destinatari, del livello di rischio dell’area in cui operano, dell’avere o meno funzioni di rappresentanza dell’ente.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 91 di 178

## ALLEGATO: CLAUSOLE CONTRATTUALI

---

### Clausole contrattuali relative a fornitori, partner e consulenti

Ogni contratto con fornitori, partner e consulenti dovrà contenere la seguente clausola risolutiva espressa:

Il fornitore (o partner, o consulente) dichiara di avere adottato un proprio Codice Etico e si impegna ad osservare comportamenti conformi a quanto previsto dallo stesso e dal Decreto Legislativo dell'8 giugno 2001, n. 231, e successive modifiche e integrazioni.

Nel caso in cui il fornitore (o partner, o consulente) non avesse adottato un proprio Codice Etico, dichiara di aver preso visione del Codice Etico adottato dalla Fondazione e si impegna ad osservare comportamenti conformi a quanto previsto dallo stesso e dal Decreto Legislativo dell'8 giugno 2001, n. 231, e successive modifiche e integrazioni.

Il fornitore (o partner, o consulente) prende altresì atto che l'inosservanza di una qualsiasi delle previsioni del Codice Etico di riferimento e/o la commissione di uno dei reati previsti dal citato Decreto Legislativo costituiscono inadempimento grave degli obblighi di cui al presente contratto, in forza del quale la Fondazione sarà legittimata a risolvere lo stesso con effetto immediato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del Codice Civile, salve le eventuali azioni per ulteriore danno.

Qualora il fornitore (o partner, o consulente) si sia impegnato a mettere a disposizione della Fondazione specialisti o altre persone fisiche per l'espletamento di quanto previsto dal presente contratto, si impegna altresì, prima del loro impiego, a far prendere agli stessi visione del Decreto Legislativo e del Codice Etico di riferimento e a far sottoscrivere agli stessi apposita dichiarazione. In caso di inosservanza di tale impegno si applica quanto previsto al comma precedente.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 92 di 178

### Dichiarazione relativa a collaboratori di fornitori, partner e consulenti

Il sottoscritto ..... in qualità di incaricato di ..... a svolgere l'attività di ..... in base al contratto stipulato dalla stessa ..... con la Fondazione ed avente ad oggetto .....

dichiara

di aver preso visione del Codice Etico di ..... e si impegna ad osservare comportamenti conformi a quanto previsto dallo stesso e dal Decreto Legislativo dell'8 giugno 2001, n. 231 e successive modifiche e integrazioni e

prende altresì atto

che l'inosservanza di una qualsiasi delle previsioni dei citati Codice Etico e Decreto Legislativo comporterà un inadempimento grave degli obblighi di cui all'incarico di cui sopra, in forza del quale la Fondazione sarà legittimata a richiedere alla ..... la risoluzione del rapporto instaurato tra la ..... stessa e il sottoscritto relativamente all'esecuzione della prestazione richiesta dalla Fondazione.

In fede,

Data, .....

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 93 di 178

## SEZIONE II: PARTE SPECIALE

### **11 PRESIDI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI COMMISSIONE DI REATI**

---

#### **11.1 Premessa**

Come in precedenza esposto, la DGR 3540, la cui impostazione è stata – come indicato – mantenuta, prevede che la presente Parte Speciale comprenda presidi come procedure, protocolli, ordini di servizio specificamente adottati per la gestione del rischio di commissione di reati di cui al Decreto Legislativo n. 231/2001, con particolare riferimento alle aree caratteristiche (es. flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli ospiti, salute e sicurezza sul posto di lavoro, smaltimento rifiuti, ecc.) e alle procedure strumentali al funzionamento dei processi caratteristici (es. acquisti, conferimento di incarichi di consulenza, ecc).

A tal fine, vengono inclusi nel Modello i sotto riportati protocolli, mentre tutti i regolamenti, protocolli, procedure ed ordini di servizio rilevanti ai fini qui previsti ed adottati/emanati dalla Fondazione, così come in vigore, sono qui integralmente richiamati, formando pertanto parte integrante e necessaria del Modello. Si sottolinea che detti documenti devono esplicitare i necessari flussi informativi verso l’Organismo di Vigilanza.

Va inoltre precisato che anche il Codice Etico assume una propria rilevanza per la gestione del rischio di determinate fattispecie di reato.

Tutti i presidi in discorso si inseriscono nel sistema dei controlli e sono coerenti con i principi ed i requisiti dello stesso.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 94 di 178

## 11.2 Il sistema dei controlli

### 11.2.1 Principi, requisiti e livelli di controllo

Con il presente Modello la Fondazione tende a migliorare il proprio sistema di controllo interno, in particolare per le attività a rischio individuate nel presente Modello, implementando idonei controlli finalizzati a riportare i rischi emersi ad un livello di accettabilità. Pertanto, la Fondazione si è dotata di un sistema in grado di:

- accertare l'adeguatezza dei diversi processi organizzativi interni in termini di efficacia, efficienza ed economicità;
- garantire l'affidabilità e la correttezza delle scritture contabili e la salvaguardia del patrimonio dell'ente;
- assicurare la conformità degli adempimenti operativi alle normative interne ed esterne ed alle direttive ed indirizzi interni aventi la finalità di garantire una sana ed efficiente gestione.

Vi possono essere tre livelli di controllo:

- Controlli di primo livello: sono controlli operativi e tecnici quali:
  - o controlli informatici, segnalazioni di anomalie ed errori, blocco del flusso procedurale, inseriti all'interno di sistemi procedurali informatizzati che consentono la verifica immediata delle elaborazioni e dei dati da parte di chi ne sta effettuando il trattamento;
  - o controlli diretti del responsabile organizzativo, che supervisiona la corretta conduzione delle attività.
- Controlli di secondo livello, effettuati da unità diverse da quelle operative e mirati a verificare la regolarità dell'espletamento delle attività ed il rispetto delle procedure. Possono essere effettuati con sistemi informativi automatizzati e rispondono al principio di separatezza delle funzioni.
- Controlli di terzo livello: sono controlli esterni alla funzione, volti ad individuare le anomalie nei processi e le violazioni delle procedure valutando altresì la complessiva funzionalità del sistema dei controlli interni. Possono essere svolti da soggetti terzi ed indipendenti tra cui l'Organismo di Vigilanza ed il Revisore dei conti.

A questo sistema di controlli si aggiungono i controlli effettuati da Organismi esterni in modo mirato ed in ambiti specifici. A titolo esemplificativo tali controlli vengono effettuati da ASL, NAS, VVF, Agenzia delle Entrate.

Il sistema di controllo interno si sostanzia quindi in:

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 95 di 178

- "autocontrollo" o “controlli di primo livello”, eseguito dalle singole funzioni sui propri processi. Tali attività di controllo sono demandate alla responsabilità primaria degli addetti e costituiscono parte integrante di ogni processo organizzativo interno;
- “controllo di compliance”, che comprende i controlli di “secondo” e “terzo” livello, finalizzato a evidenziare e mitigare i rischi di conformità mediante specifiche azioni di monitoraggio.

Il sistema di controllo persegue l’obiettivo di assicurare che siano rispettate le leggi, i regolamenti, e le procedure interne, in modo da prevenire la commissione di reati, anche con riferimento alle disposizioni del Decreto. Tale obiettivo viene perseguito mediante:

- l’indicazione nel Modello dei principi ispiratori della struttura di controllo sopra descritti, riflessi nei Presidi (protocolli, procedure, ordini di servizio, etc.) adottati dall’ente;
- la valutazione dell’adeguatezza Presidi a mitigare il “rischio 231”, effettuata in sede di redazione della Mappatura dei rischi;
- il monitoraggio, da parte dell’O.d.V., della rispondenza ai principi adottati dalla struttura organizzativa interna, nei suoi Presidi e nelle attività poste in essere dalle singole funzioni.

Le componenti del Modello organizzativo devono essere integrate con il sistema di controllo interno, implementato dall’ente, che si basa sui seguenti principi ispiratori:

- chiara assunzione di responsabilità, principio in base al quale qualsiasi attività deve fare riferimento ad una persona o funzione che ne detiene la responsabilità. Tale responsabilità deve corrispondere all’autonomia decisionale ed all’autorità conferita;
- separazione di compiti e/o funzioni, principio per il quale ogni operazione rilevante deve svolgersi attraverso fasi diverse (autorizzazione, esecuzione, contabilizzazione, controllo) affidate a soggetti diversi in potenziale contrapposizione di interessi;
- idonea e formale autorizzazione per complessi omogenei di operazioni rilevanti, ovvero per singole operazioni;
- adeguata registrazione e tracciabilità delle operazioni, principio il cui rispetto consente di individuare le caratteristiche e gli attori dell’operazione nelle varie fasi sopra indicate;
- adeguate procedure interne e flussi di reporting atti a rendicontare le operazioni, in particolare se a rischio;
- adeguati controlli “di secondo livello”, preventivi e/o consuntivi, sulla correttezza delle attività attraverso verifiche indipendenti sia da parte di soggetti interni all’organizzazione, ma estranei al processo, sia da parte di soggetti esterni (ad esempio il Revisore dei conti).

Il Sistema di prevenzione deve sostanziarsi nell’adeguatezza e nella conoscibilità delle procedure interne affinché il sistema non possa essere aggirato se non

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 96 di 178

intenzionalmente. Conseguentemente nessuno potrà giustificare la propria condotta adducendo l’ignoranza delle direttive ed il reato non potrà essere causato dall’errore umano (per negligenza o imperizia).

Il Sistema di controllo a consuntivo deve essere in grado di rilevare tempestivamente l’insorgere di anomalie attraverso un adeguato monitoraggio dell’attività svolta.

Ciò è in linea con il Decreto, che consente di avvalersi del principio dell’esimente solo in caso di “elusione fraudolenta” per gli apicali; parimenti ed agli stessi fini i controlli interni devono essere implementati in modo tale da garantire in massimo grado l’adempimento degli obblighi di direzione o vigilanza.

### **11.2.2 Il controllo contabile**

La tenuta della contabilità e la predisposizione del bilancio della Fondazione si articolano nelle seguenti attività:

1. tenuta della contabilità generale, la quale ricomprende:

- gestione e manutenzione del Piano dei Conti;
- tenuta dei libri contabili obbligatori;
- registrazione e archiviazione delle fatture passive;
- emissione e registrazione delle fatture attive;
- gestione della contabilità generale e altri aspetti contabili (gestione delle operazioni straordinarie sul patrimonio aziendale, gestione della fiscalità, etc.);

2. bilancio d'esercizio, che a sua volta si suddivide in:

- chiusura del periodo contabile ordinario;
- raccolta ed elaborazione dei dati contabili di chiusura;
- valutazione e stima delle poste del bilancio;
- predisposizione del progetto di bilancio;
- approvazione del progetto di bilancio annuale.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 97 di 178

Le modalità operative per la gestione delle suddette attività potranno essere disciplinate nell’ambito di ulteriore apposita normativa interna di dettaglio, che dovrà corrispondere ai criteri esplicitati nel Protocollo di cui infra.

I compiti assegnati al revisore dallo Statuto sono stati esaminati nel capitolo relativo ai Poteri degli Organi dell’ente.

Il controllo contabile è esercitato allo stato, in ottemperanza a quanto previsto dalla Statuto, da un professionista esterno nominato revisore dei conti dalla Consulta degli Esperti, come statutariamente previsto.

Lo Statuto prevede inoltre – in termini operativi – che ogni esercizio finanziario sia preceduto dall’approvazione di un Bilancio preventivo o budget nel quale siano indicati gli interventi previsti nel corso dell’anno ed i mezzi economici per realizzarli.

Tale documento è in ogni caso privo di valore autorizzatorio al fine della gestione della Fondazione, che dovrà essere sempre improntata a criteri di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

### **11.2.3 La sicurezza informatica ed i relativi controlli**

Sono in uso nella Fondazione vari applicativi informatici che supportano l'attività dei principali processi interni.

Per garantire la conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e la prevenzione dei reati informatici di cui al D.Lgs. 231//2001, l’ente adotta le seguenti misure:

1. Gestione di accessi, account e profili. Con riferimento alla gestione degli accessi:

- è prevista la definizione formale, individuale ed univoca, dei requisiti di autenticazione ai sistemi per l’accesso ai dati - i codici identificativi (user-id) per l’accesso alle applicazioni ed alla rete;
- la corretta gestione delle password è definita da linee guida, comunicate a tutti gli utenti per la selezione e l’utilizzo della parola chiave;
- sono definite apposite regole per la creazione delle password di accesso alla rete, delle applicazioni, del patrimonio informativo dell’ente e dei sistemi critici o sensibili (ad esempio: lunghezza minima della password, regole di complessità, scadenza, ecc.).

Sono state individuate modalità specifiche per l’assegnazione dell’accesso remoto ai sistemi da parte di soggetti terzi, quali consulenti, fornitori.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 98 di 178

Per quanto concerne l’ambito dei dati sensibili, le applicazioni tengono traccia delle modifiche ai dati compiute dagli utenti.

Con riferimento alla gestione di account e di profili di accesso, è disciplinata:

- l’esistenza di un sistema formale di autorizzazione e registrazione dell’attribuzione, modifica e cancellazione dei profili di accesso ai sistemi; la formalizzazione di procedure per l’assegnazione e l’utilizzo di privilegi speciali (amministratore di sistema, super user, ecc.);
- l’esecuzione di verifiche periodiche dei profili utente al fine di convalidare il livello di responsabilità dei singoli con i privilegi concessi.

2. Gestione delle reti di telecomunicazione. Con riferimento alla gestione delle reti, sono:

- definite le relative responsabilità;
- implementati meccanismi di tracciatura degli eventi di sicurezza sulle reti quali, a titolo esemplificativo, tentativi di accessi, accessi anomali per frequenza, modalità, temporalità, accessi a sotto-domini, lancio di script, routine su siti anomali ed operazioni su sistemi critici.

Sono individuate le responsabilità e le modalità operative per l’implementazione e la manutenzione delle reti.

Sono effettuate verifiche periodiche sul funzionamento delle reti e sulle anomalie riscontrate.

3. Gestione dei sistemi hardware. È prevista la compilazione e la manutenzione di un inventario aggiornato dell’hardware in uso presso l’ente e sono definite le responsabilità e le modalità operative in caso di implementazione e/o manutenzione di hardware.

4. Gestione dei sistemi software. È prevista la compilazione e manutenzione di un inventario aggiornato del software in uso presso l’ente. Può essere utilizzato solo software formalmente autorizzato e certificato: a tal fine è prevista l’effettuazione, sui principali sistemi, di verifiche periodiche sui software installati e sulle memorie di massa dei sistemi in uso al fine di controllare la presenza di software proibiti e/o potenzialmente nocivi.

Per lo sviluppo di nuovo software sono individuate modalità di controllo e test di modifiche o di interventi di manutenzione apportati da personale interno o da provider esterni.

5. Regole generali. Sono individuate le modalità di:

- generazione e protezione dei log delle attività sui sistemi;
- risposta ad incidenti relativi alla sicurezza logica, nonché di escalation, reporting e comunicazione degli stessi ai soggetti interessati.

Sono effettuate attività di back up per ogni rete di telecomunicazione, sistema hardware o applicazione software, definendo la frequenza dell’attività, le modalità, il numero di copie ed il periodo di conservazione dei dati. A fronte di eventi disastrosi la Fondazione ha definito un piano di Disaster

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 99 di 178

Recovery le cui soluzioni devono essere periodicamente aggiornate e testate.

L’accesso ai documenti già archiviati è consentito solo al personale autorizzato in base alle procedure operative, nonché per il tramite delle strutture interne preposte, al Revisore ed all’Organismo di Vigilanza.

In relazione agli adempimenti connessi alla privacy si è in attesa della elaborazione di tutte le procedure IT ed in generale dell’adeguamento alle nuove disposizioni introdotte dal Regolamento UE 2016/679 noto come GDPR (General Data Protection Regulation), applicabile dal 25 maggio 2018, che potrà prevedere ulteriori protocolli.

### **11.3 Il sistema di controllo della salute e sicurezza dei lavoratori**

Preliminarmente si specifica che occorre provvedere in via sistematica:

- all’identificazione dei rischi ed alla loro valutazione;
- all’individuazione delle misure di prevenzione e di protezione adeguate rispetto ai rischi riscontrati, affinché questi ultimi siano eliminati ovvero, ove ciò non sia possibile, siano ridotti al minimo – e, quindi, gestiti – in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- alla limitazione al minimo del numero di lavoratori esposti a rischi;
- alla definizione di adeguate misure di protezione collettiva e individuale, fermo restando che le prime devono avere priorità sulle seconde;
- al controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici;
- alla programmazione della prevenzione, mirando ad un complesso che integri in modo coerente le condizioni tecniche e produttive dell’ente con l’influenza dei fattori dell’ambiente e dell’organizzazione del lavoro, nonché alla successiva realizzazione degli interventi programmati;
- alla formazione, all’addestramento, alla comunicazione ed al coinvolgimento adeguati dei destinatari, nei limiti dei rispettivi ruoli, funzioni e responsabilità, nelle questioni connesse alla SSL;
- alla regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, macchine e impianti, con particolare riguardo alla manutenzione dei dispositivi di sicurezza in conformità alle indicazioni dei fabbricanti.

Il sistema vigente presso la Fondazione prevede la puntuale definizione dei compiti, dei doveri e delle responsabilità spettanti a ciascuna categoria di soggetti

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 100 di 178

coinvolti nel settore della SSL, a partire dal datore di lavoro fino al singolo lavoratore. In questo senso, sono stati considerati anche i seguenti profili:

- l'assunzione e la qualificazione del personale;
- l'organizzazione del lavoro e delle postazioni di lavoro;
- l'acquisizione dei beni e dei servizi impiegati dall'ente e la comunicazione delle opportune informazioni a fornitori ed appaltatori;
- la manutenzione normale e straordinaria delle attrezzature, degli impianti, dei mezzi di prevenzione e dei dispositivi di protezione collettiva ed individuale;
- la qualificazione e la scelta dei fornitori e degli appaltatori;
- l'efficiente gestione delle emergenze;
- le modalità da seguire per affrontare le difformità riscontrate rispetto agli obiettivi fissati ed alle previsioni del sistema di controllo.

Infatti, dall'analisi del sistema implementato dalla Fondazione rispetto a quanto previsto dall'art. 30 del Decreto, emerge che:

- a) per quanto riguarda il rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici (aspetti strutturali, impianto elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, condizionamento, sollevamento, rilevatori di fumo, antincendio, impianti di chiamata, impianti di telecomunicazione, gruppo elettrogeno), ove vige un obbligo normativo, sono previste verifiche anche di parte terza;
- b) per quanto riguarda attrezzature e impianti, le manutenzioni relative sono integralmente controllate;
- c) per quanto riguarda gli agenti vari vale quanto segue:
  - per i rischi chimici e per gli agenti biologici, individuati nel DVR, sono in uso adeguati mezzi di prevenzione (DPI) oltre a specifiche schede di sicurezza e sono definiti e realizzati idonei corsi di formazione;
  - per gli agenti fisici (art. 180, co. 1 del D.Lgs. 81/2008: "Ai fini del presente Decreto Legislativo per agenti fisici si intendono il rumore, gli ultrasuoni, gli infrasuoni, le vibrazioni meccaniche, i campi elettromagnetici, le radiazioni ottiche, di origine artificiale, il microclima e le atmosfere iperbariche che possono comportare rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori") nel DVR non sono state segnalate situazioni di rischio. I preposti devono inoltre supervisionare sul corretto utilizzo dei DPI.
- d) per quanto riguarda le attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti, il DVR è redatto, controllato annualmente ed attuato conseguentemente. Sono inoltre in vigore DUVRI nei rapporti con i fornitori di lavoro non intellettuale. Le relative misure ed i rispettivi tempi di attuazione sono effettuate come previsto nei DVR-DUVRI e controllate dal RSPP.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 101 di 178

In particolare, per quanto riguarda la modalità operativa degli adempimenti per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in caso di affidamento di lavori a ditte esterne, la Fondazione definisce le responsabilità e le modalità per la gestione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro per i contratti d'appalto, con specifico riguardo anche ai DUVRI;

- e) per quanto riguarda le attività di natura organizzativa (quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza), gli addetti all'emergenza (circa il 60% del personale dipendente) sono stati incaricati ed il Piano di emergenza è stato portato a conoscenza del personale ed attuato ogni anno. Sono stati nominati gli addetti al primo soccorso (quasi tutti gli infermieri ed alcuni medici) e viene effettuato il relativo corso di formazione. Vengono effettuate riunioni periodiche di sicurezza con RSPP, RLS, MC, consulente esterno, dirigenti. Il RLS viene consultato in tali occasioni, oltre che al bisogno (p.e. per acquisto di nuove calzature);
- f) per quanto riguarda le attività di sorveglianza sanitaria, le visite mediche vengono effettuate nel rispetto della normativa;
- g) per quanto riguarda le attività di informazione e formazione dei lavoratori, queste si svolgono nel rispetto di quanto stabilito dal vigente Accordo Stato-Regioni;
- h) per quanto riguarda le attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori, esse sono affidate ed esercitate da dirigenti e preposti. È prevista, a fine anno, una sintesi dei miglioramenti apportati, da inserire nell'ultimo verbale delle riunioni periodiche sulla sicurezza. Inoltre, si prevede un avviso periodico in cui si richiama al corretto impiego dei DPI. In struttura è disponibile una bacheca, che prescrive alcuni comportamenti in materia;
- i) per quanto riguarda l'acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge, tutto quanto in oggetto è raccolto ed archiviato sistematicamente;
- j) per quanto riguarda le periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate, vengono effettuate specifiche prove.

## **11.4 I protocolli**

### **11.4.1 I Protocolli SSL**

#### **11.4.1.1 Attività di valutazione dei rischi e predisposizione delle misure di prevenzione e protezione**

Tutti i rischi cui sono esposti i lavoratori, a causa ed in occasione dello svolgimento delle mansioni attribuite, devono essere oggetto di attenta valutazione.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 102 di 178

Il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) deve essere predisposto, approvato ed attuato e, necessariamente, deve contenere:

- una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute connessi all'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;
- l'indicazione delle misure di prevenzione e protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuale adottati a seguito della valutazione dei rischi;
- il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione all'interno dell'Istituto che debbono provvedere;
- l'indicazione del nominativo del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio.
- l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

Il DVR deve altresì rispettare le indicazioni previste da norme specifiche sulla valutazione dei rischi ove concretamente applicabili.

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), ai fini della redazione del DVR, deve essere in ogni caso previamente consultato.

Il DVR deve essere custodito presso l'unità produttiva o il cantiere a cui si riferisce la valutazione dei rischi ed essere aggiornato costantemente in relazione ai mutamenti organizzativi o produttivi rilevanti ai fini della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Il DVR è disponibile presso l'ufficio dell'RSPP e messo a disposizione di chiunque volesse consultarlo. Le misure di prevenzione e protezione adottate devono essere appropriate ed idonee a presidiare i rischi individuati nel DVR.

Le misure di prevenzione e protezione devono essere aggiornate in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e della sicurezza sul lavoro ovvero in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione.

Sentito il RSPP, idonei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) devono essere forniti ai lavoratori necessari.

La consegna dei DPI deve essere adeguatamente formalizzata e registrata. I DPI devono essere sottoposti a manutenzione periodica ovvero tempestivamente sostituiti laddove non siano più idonei a garantire adeguata protezione del lavoratore. L'attività di valutazione dei rischi e la predisposizione delle misure di prevenzione e protezione devono essere documentate, tracciate e conservate.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 103 di 178

#### **11.4.1.2 Standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, movimentazioni carichi, etc.**

Le specifiche procedure adottate devono essere finalizzate a garantire la sicurezza degli impianti, delle attrezzature e dei luoghi di lavoro; in particolare esistono delle indicazioni, prassi e registrazioni per la gestione dei seguenti processi:

- la manutenzione, la pulizia ed il controllo periodico dei luoghi, degli impianti e delle attrezzature di lavoro;
- le norme generali d’igiene nelle aree di lavoro e nelle aree operative;
- le vie di circolazione e le uscite di emergenza;
- i dispositivi antincendio;
- la fuoriuscita di sostanze liquide e gassose;
- le misure di primo soccorso;
- l’utilizzo e la manutenzione dei DPI;
- le modalità di archiviazione e di stoccaggio di prodotti e merci;

La manutenzione e le attività di controllo devono essere documentate e archiviate.

Le procedure finalizzate a garantire la sicurezza dei lavoratori debbono essere adottate con riferimento all’esposizione a specifici rischi tra cui:

- videoterminali;
- agenti fisici;
- agenti chimici;
- agenti biologici;
- agenti cancerogeni;
- movimentazione manuale dei carichi;

Tutta l’attività deve essere documentata e tracciata; i relativi documenti devono essere adeguatamente conservati.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 104 di 178

#### **11.4.1.3 Gestione delle emergenze (primo soccorso, incendi, etc.)**

I piani di intervento, per far fronte a situazioni di emergenza e di pericolo grave per i lavoratori (es. evacuazione, pronto soccorso, gestione incendi, zone di pericolo, etc.), devono essere individuati. La gestione delle cassette di pronto soccorso o dei kit di primo soccorso, con indicazione dei ruoli e delle funzioni, all'interno dei cantieri, deve essere specificatamente regolamentata.

Il materiale di primo soccorso deve essere costantemente reintegrato in modo tale da garantire in ogni momento la completa ed efficace composizione delle dotazioni. I presidi antincendio devono essere allestiti e devono essere idonei ad evitare l'insorgere di un incendio ed a fronteggiare eventuali situazioni di emergenza, ovvero a limitarne le conseguenze qualora esso si verifichi.

I presidi antincendio devono essere soggetti a controlli periodici e sottoposti ad idonea manutenzione. Il piano di evacuazione deve essere predisposto, attraverso la programmazione degli interventi e l'adozione di provvedimenti/istruzioni, affinché i lavoratori possano, in caso di pericolo grave ed immediato che non può essere evitato, cessare la loro attività ovvero mettersi al sicuro abbandonando, immediatamente, il luogo di lavoro.

Tutta l'attività di gestione delle emergenze (es. prove di evacuazione, controlli sui presidi antincendio, etc.) deve essere documentata, tracciata e conservata.

#### **11.4.1.4 Aspetti organizzativi (deleghe, nomine di RSPP, RLS, budget e spese)**

I soggetti destinatari di deleghe nel settore della sicurezza e salute dei lavoratori o comunque coloro cui sono attribuite specifiche responsabilità in materia devono essere formalmente individuati.

L'idoneità tecnica e professionale dei soggetti interni od esterni, cui sono demandati gli adempimenti in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, ivi compresa la manutenzione degli impianti, delle attrezzature, dei luoghi di lavoro e dei DPI, deve essere preventivamente verificata.

Nell'ipotesi di affidamento di lavori a soggetti terzi, (imprese appaltatrici e/o lavoratori autonomi), i costi per la sicurezza e salute dei lavoratori devono essere oggetto di apposito ed adeguato budget.

L'affidamento dei lavori a soggetti terzi impone la necessità di cooperazione e di coordinamento, nell'attuazione di misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro, nonché dai rischi derivanti dalle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte, nell'esecuzione dell'opera complessiva.

È necessario un costante flusso informativo, tracciabile, tra i deleganti ed i delegati nonché con le unità periferiche nazionali ed internazionali.

Poteri di spesa adeguati, a far fronte alle esigenze di sicurezza e salute dei lavoratori, conformemente alla struttura e all'organizzazione della realtà dell'Istituto

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 105 di 178

complessivamente inteso ovvero dei singoli settori o unità organizzative, vengono conferiti.

Nei casi di pericolo imminente ed urgenza deve essere espressamente prevista la possibilità, per il soggetto delegato, di adottare tutte le misure necessarie ad evitare danni alle persone o alle cose a prescindere dal limite di spesa, salvo darne comunicazione al Datore di Lavoro.

Un budget destinato alla sicurezza e salute dei lavoratori, conformemente alla struttura e all'organizzazione della realtà dell'Istituto complessivamente inteso ovvero dei singoli settori o unità organizzative, deve essere annualmente previsto.

Nei casi di pericolo imminente ed urgenza deve essere espressamente prevista una procedura che consenta di operare anche oltre i limiti del budget predefinito, purché la richiesta di spese extra budget sia adeguatamente e formalmente motivata.

Tutti i documenti relativi al sistema organizzativo in materia di sicurezza e salute (deleghe/procure, organigramma, mansionari, report, etc.) devono essere aggiornati e conservati.

#### **11.4.1.5 Sorveglianza sanitaria**

Un programma generale di accertamenti periodici per verificare lo stato di salute e l'idoneità dei lavoratori, allo svolgimento della mansione affidata, deve essere elaborato.

Un programma di accertamenti periodici per i lavoratori, esposti a rischi specifici, deve essere elaborato.

Uno specifico canale di informazione, verso i singoli lavoratori finalizzato a comunicare tempestivamente il programma individuale di visite, deve essere istituito.

Adeguate misure, nel caso in cui il lavoratore, tempestivamente avvisato, non si sottoponesse alla visita periodica programmata, devono essere previste.

Laddove, a seguito dell'accertamento sanitario, il lavoratore risultasse inidoneo o parzialmente idoneo a svolgere la mansione affidatagli, è assicurata allo stesso la possibilità di prestare la propria attività lavorativa in termini conformi al proprio stato di salute, qualora fosse possibile nel rispetto da un lato delle esigenze interne e dall'altro della normativa vigente.

Gli incontri periodici con il RSPP devono essere pianificati in base ai bisogni rilevati.

Tutta l'attività relativa alla sorveglianza sanitaria deve essere documentata, tracciata e conservata.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 106 di 178

#### **11.4.1.6 Informazione e formazione dei lavoratori**

Specifici corsi di formazione aventi ad oggetto la sicurezza e salute dei lavoratori, devono essere organizzati. I corsi di formazione hanno carattere periodico e sono soggetti ad una programmazione annuale (ivi compresi corsi di formazione per i neoassunti). I corsi di formazione devono avere ad oggetto:

- i rischi specifici cui sono esposti i lavoratori in funzione delle mansioni svolte;
- il corretto utilizzo di macchine, attrezzature e dispositivi di protezione individuale;
- le misure di prevenzione e protezione adottate dall'Ente;
- processi produttivi;
- schemi organizzativi;
- norme interne e procedure operative;
- piani di emergenza.

Un sistema di rilevazione delle presenze idoneo a monitorare che la formazione coinvolga tutti i dipendenti, deve essere elaborato.

Specifiche forme di verifica, finalizzate a verificare il grado di apprendimento dei partecipanti, deve essere somministrato al termine del corso di formazione . Ove la verifica di apprendimento dovesse risultare insufficiente devono essere organizzati corsi di formazione di "recupero".

I lavoratori devono essere informati circa i soggetti responsabili in materia di sicurezza e salute o chiunque altro abbia incarichi specifici al riguardo nonché le modalità di comunicazione con questi ultimi.

Specifici canali di informazione che consentano ai lavoratori, ovvero ai loro rappresentanti, di prospettare eventuali questioni afferenti la sicurezza e salute, devono essere predisposti.

Una opportuna comunicazione deve essere prevista ed altresì rivolta, ai soggetti che occasionalmente accedono presso i luoghi di lavoro ed in particolare al:

- personale esterno (fornitori, committenti, collaboratori esterni);
- pubblico (clienti, visitatori, etc.);
- alle autorità.

Tutta l'attività di formazione ed informazione deve essere documentata, tracciata e conservata.

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 107 di 178

#### **11.4.1.7 Attività di vigilanza e controllo**

Un piano di verifica annuale, finalizzato a verificare l'adeguatezza dei presidi antinfortunistici, deve essere previsto.

Un piano correttivo qualora, a seguito delle verifiche effettuate, emergessero carenze o, comunque, margini di miglioramento, deve essere definito. Tutte le persone (delegati e preposti) che coordinano l'attività di altri lavoratori devono costantemente verificare:

- la presenza e l'adeguatezza delle misure di prevenzione e protezione;
- il corretto utilizzo dei mezzi di prevenzione e protezione, ove previsti;
- l'adeguatezza nel tempo delle procedure/piani di intervento adottati per la prevenzione infortuni;
- che ai lavoratori siano stati forniti adeguati DPI in relazione alla specifica attività cui sono assegnati;
- che gli stessi utilizzino correttamente i DPI in relazione alla specifica attività cui sono assegnati.

Le segnalazioni fatte dai RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) devono essere adeguatamente considerate. Qualora, a seguito delle segnalazioni effettuate dai RLS, si ritenessero non necessari interventi correttivi deve essere fornita idonea motivazione a margine della richiesta stessa.

Tutta l'attività di vigilanza e controllo deve essere documentata, tracciata e conservata.

#### **11.4.1.8 Sistema sanzionatorio**

Il non corretto utilizzo dei mezzi di prevenzione e protezione per colpa grave, nonché il mancato utilizzo dei DPI da parte dei lavoratori deve essere specificatamente sanzionato.

Apposite sanzioni per la violazione dei protocolli adottati dalla Fondazione in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, devono essere espressamente previste nel sistema sanzionatorio, elaborato a norma del D.Lgs. n. 231/2001.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 108 di 178

#### **11.4.2 I Protocolli per la gestione dei rapporti con la P.A.**

Il seguente protocollo è finalizzato a regolamentare la gestione dei rapporti con soggetti pubblici connessi alle seguenti attività:

- adempimenti presso la Pubblica Amministrazione, verifiche ed ispezioni;
- richiesta e gestione di finanziamenti pubblici.

Scopo del presente protocollo è quello di individuare:

- ruoli e responsabilità dei soggetti autorizzati a definire i rapporti con gli Enti Pubblici competenti;
- un sistema di report periodici;
- un sistema di archiviazione della documentazione rilevante, al fine di assicurare la tracciabilità dell'attività svolta.

##### **11.4.2.1 Adempimenti presso la P.A., verifiche ed ispezioni**

Tutti i soggetti che, per ragioni del proprio ufficio, intrattengono rapporti con esponenti o rappresentanti della Pubblica Amministrazione devono gestire tali rapporti personalmente, fornendo le informazioni e i documenti dalla stessa richiesti in sede di verifica o ispezione, ovvero al fine del rilascio di autorizzazioni, licenze o atti amministrativi di altra natura.

Le informazioni o documenti forniti, dovranno essere verificati, ove possibile, dai Responsabili delegati competenti ovvero, in loro assenza, dai diretti sottoposti precedentemente individuati e, ove possibile, siglati all'atto della consegna.

In assenza del Responsabile delegato, o del soggetto designato, deve essere informato, a cura di colui che per primo intrattiene i rapporti con i soggetti pubblici coinvolti, il Responsabile di Direzione che individuerà la persona autorizzata a presenziare all'ispezione/verifica/accertamento. In ogni caso, dell'avvio di una procedura ispettiva deve essere data immediata comunicazione al Responsabile di Direzione. Sarà cura di questi valutare l'opportunità che alla verifica/ispezione assista il Legale Rappresentante della Istituzione, ovvero altro soggetto dagli stessi designato.

##### **11.4.2.2 Richiesta e gestione di finanziamenti pubblici**

La richiesta di contributi, finanziamenti, sovvenzioni, ecc. erogati dalla Regione o da altri Enti pubblici ovvero dalla Comunità Europea, impone la predisposizione della documentazione necessaria.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 109 di 178

L’istanza di partecipazione deve essere sottoscritta da soggetto munito di poteri di rappresentanza.

I documenti presentati all’Ente pubblico devono essere veritieri.

Le notizie e/o informazioni rilevanti, ai fini della concessione del finanziamento, non possono essere sottaciute.

Il finanziamento pubblico può essere utilizzato unicamente per i fini indicati nel bando.

#### **11.4.2.3 Regali, compensi e altre utilità verso esponenti o rappresentanti della P.A.**

In coerenza con il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è stabilito quanto segue:

- il collaboratore non offre regali o altre utilità a esponenti o rappresentanti della P.A. e a soggetti a questi riconducibili, per l’esercizio della funzione o per ottenere un atto contrario ai doveri d’ufficio;
- nel caso di richiesta – diretta o indiretta – di regali, compensi e altre utilità da parte di esponenti o rappresentanti della P.A., per l’esercizio della funzione o per ottenere un atto contrario ai doveri d’ufficio, il collaboratore è tenuto a non aderire alla richiesta ed a segnalare al Direttore;
- al di fuori di quanto sopra, il collaboratore non elargisce comunque regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. Per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto.

#### **11.4.2.4 Modalità di gestione dei flussi informativi**

- Segnalazione criticità

Il soggetto preposto deve dare immediata informazione al Consiglio di Amministrazione e all’Organismo di Vigilanza, delle criticità di qualsiasi natura emerse nel corso della gestione delle attività.

- Tracciabilità

Il soggetto designato alla gestione dei rapporti con la P.A. deve documentare l’attività svolta, mantenendo traccia delle informazioni o dei documenti forniti anche da altre funzioni interne ed indicando i soggetti che hanno eventualmente intrattenuto rapporti con l’ente pubblico coinvolto.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 110 di 178

- Verbalizzazione

Il soggetto designato alla gestione dei rapporti, deve predisporre un resoconto relativo all’ispezione/verifica o alla richiesta di erogazione, con allegati gli eventuali verbali redatti dalla P.A. La copia del resoconto deve essere inviato senza indugio all’Organismo di Vigilanza, nel caso in cui siano emerse criticità.

- Reportistica

Il Responsabile delegato, ovvero persona da questi designata, deve compilare apposito report, relativo alle ispezioni/verifiche/accertamenti/richieste di erogazione, da inviare all’Organismo di Vigilanza nelle periodicità dallo stesso indicate.

Il flusso informativo ha come scopo quello di permettere all’Organismo di Vigilanza della Fondazione di essere informato su potenziali situazioni a rischio reato e di vigilare sull’applicazione del Modello Organizzativo e del Codice Etico. Tuttavia, laddove nello svolgimento delle attività dovessero emergere criticità di qualsiasi natura, l’Organismo di Vigilanza dovrà essere tempestivamente informato.

- Conservazione della documentazione

Tutta la documentazione relativa alla procedura ispettiva (report, verbale ecc.) o alla richiesta di erogazione deve essere archiviata a cura del Responsabile delegato e conservata presso la struttura della Fondazione.

### **11.4.3 Protocollo per la gestione della contabilità e la formazione del bilancio**

Il presente protocollo ha l’obiettivo di definire i ruoli, le responsabilità operative, i principi di comportamento e di controllo della Fondazione per la gestione della contabilità generale e la predisposizione del bilancio d’esercizio, in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 231/2001.

Quanto definito dal presente protocollo è volto a garantire il rispetto della normativa vigente e dei principi di trasparenza, competenza, correttezza, veridicità, oggettività e tracciabilità nell’esecuzione delle attività inerenti alla gestione della contabilità e della formazione del bilancio.

Il processo di gestione della contabilità e della predisposizione del Bilancio d’esercizio prevede il coinvolgimento secondo le rispettive competenze, di:

- Consiglio di Amministrazione, che provvede all’approvazione del bilancio, approva i criteri di valutazione proposti dal Direttore;
- Direttore, che definisce la documentazione necessaria alla determinazione delle componenti valutative, assicura la corretta applicazione dei Principi Contabili applicabili e della normativa di riferimento. Gestisce i rapporti con l’Organo di controllo, presentando il bilancio d’esercizio preventivamente

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 111 di 178

rispetto al momento in cui sarà sottoposto all’approvazione del Consiglio di Amministrazione. In occasione della seduta del Consiglio di Amministrazione, illustra il Bilancio d’esercizio e lo sottopone all’approvazione del Consiglio di Amministrazione.

- Addetti contabili, che provvedono alla contabilizzazione dei fatti contabili, all’aggiornamento dei registri e dei libri obbligatori di natura contabile ed alla conservazione della documentazione al fine di garantire la tracciabilità delle operazioni svolte; archiviano, controllano e conservano i registri contabili obbligatori (Libro giornale, Libro inventari, Registri IVA, Registro dei beni ammortizzabili), verificano la correttezza di tutti i movimenti IVA, provvedono alla tenuta del Registro IVA e alla liquidazione periodica della stessa.

La tenuta della contabilità e predisposizione del Bilancio deve articolarsi nelle seguenti attività:

A. tenuta della contabilità generale, la quale ricomprende:

- gestione e manutenzione del Piano dei Conti;
- tenuta dei libri contabili obbligatori;
- registrazione e archiviazione delle fatture passive;
- emissione e registrazione delle fatture attive;
- gestione della contabilità generale e altri aspetti contabili (gestione delle operazioni straordinarie sul patrimonio aziendale, gestione della fiscalità, etc.);

B. bilancio d'esercizio, che a sua volta si suddivide in:

- chiusura del periodo contabile ordinario;
- raccolta ed elaborazione dei dati contabili di chiusura;
- valutazione e stima delle poste del bilancio;
- predisposizione del progetto di bilancio;
- approvazione del progetto di bilancio annuale.

Le modalità operative per la gestione delle suddette attività, laddove si renderà necessaria, potranno essere disciplinate nell’ambito di ulteriore apposita normativa interna di dettaglio, che dovrà essere sviluppata ed aggiornata a cura dell’ente.

Il sistema di controllo a presidio del processo in oggetto si basa su i seguenti elementi qualificanti a garanzia dell’oggettività e trasparenza delle scelte

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 112 di 178

effettuate:

- livelli autorizzativi definiti e Separazione delle funzioni;
- controllo e monitoraggio specifico;
- tracciabilità delle operazioni e archiviazione.

#### **11.4.3.1 Livelli autorizzativi definiti e separazione delle funzioni**

Il processo di tenuta della contabilità e predisposizione del Bilancio è articolato in varie attività che prevedono l'intervento di soggetti diversi nelle differenti fasi del processo, a garanzia del principio secondo cui nessuno può gestire in autonomia un intero processo, ed in particolare, nel rispetto dei ruoli e responsabilità.

Tutti i soggetti coinvolti nel processo di tenuta della contabilità e della predisposizione del Bilancio di esercizio sono responsabili della completezza ed accuratezza delle informazioni fornite.

Il livello di responsabilità è commisurato ai ruoli e ai compiti effettivamente svolti e presuppongono una chiara formalizzazione dei livelli autorizzativi per la tenuta della contabilità e la predisposizione del Bilancio coerenti con il sistema dei poteri aziendali, tale per cui:

- si prevede la possibilità di effettuare registrazioni contabili limitatamente alle sole risorse dell'Ufficio amministrativo, autorizzate attraverso un sistema di User Id e Password aggiornate periodicamente secondo le vigenti norme sulla sicurezza, sotto il controllo ed il monitoraggio del Direttore;
- la gestione del Piano dei conti e i relativi inserimenti/modifiche/eliminazioni di conti contabili è affidata esclusivamente al Direttore Generale o a personale dell'Ufficio amministrativo previa autorizzazione formale. Il Direttore autorizza le ulteriori registrazioni da effettuare successivamente alla chiusura della contabilità;
- il Direttore, supportato dall'Ufficio amministrativo, redige il Bilancio d'esercizio, da sottoporre a verifica e approvazione del Consiglio di Amministrazione.
- il Consiglio di Amministrazione approva il Bilancio d'esercizio nel suo complesso.

#### **11.4.3.2 Controllo e monitoraggio specifico**

Il sistema informativo contabile è dotato dei requisiti necessari ad assicurare il rispetto delle regole di sicurezza, di segregazione delle funzioni e di tracciabilità delle operazioni registrate.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 113 di 178

Il sistema informativo utilizzato mantiene traccia dell'operatore che ha effettuato la registrazione contabile.

Nel sistema contabile sono definiti campi obbligatori per le transazioni (data registrazione, data contabile, importo, ecc.) al fine di assicurare che le transazioni incomplete non vengano registrate.

Inoltre, le regole di validazione del sistema contabile non permettono di inserire registrazioni non quadrate.

L'attività di registrazione contabile prevede che ogni operazione sia supportata da adeguata documentazione al fine di rendere dimostrabili i principi di inerenza e competenza ed assicurare che ogni operazione sia correttamente registrata, autorizzata, verificabile, legittima, coerente e congrua.

Per quanto concerne la registrazione delle fatture passive, all'arrivo della fattura, i dipendenti dell'ufficio amministrativo effettuano la verifica della corrispondenza con la prestazione/fornitura ricevuta, l'ordine di acquisto e la fattura stessa. In caso di prestazione/materiale non conforme, sentito il referente dell'acquisto per eventuali chiarimenti in merito, richiede al fornitore l'emissione di una nota credito parziale o totale.

#### **11.4.3.3 Tracciabilità delle operazioni e archiviazione**

Tutta la documentazione prodotta a supporto dell'alimentazione della contabilità generale e della predisposizione del Bilancio d'esercizio è archiviata e conservata ai sensi di legge presso l'Ufficio amministrativo.

Gli addetti all'Ufficio amministrativo incaricati all'archiviazione provvedono alla conservazione della documentazione relativa alla tenuta della contabilità al fine di garantire la tracciabilità delle operazioni svolte.

Per quanto attiene alla registrazione delle fatture passive, gli addetti all'Ufficio amministrativo provvedono alla timbratura delle fatture con le seguenti informazioni: numero di protocollo, conto di addebito, conto di accredito, data registrazione.

Gli originali delle fatture sono conservati nell'archivio delle fatture passive.

I registri contabili obbligatori sono conservati presso gli archivi dell' Ufficio amministrativo nei termini previsti dalla legge.

Il Direttore e i soggetti coinvolti nel processo, ciascuno per la parte di propria competenza, provvedono alla conservazione della documentazione relativa alla chiusura contabile ordinaria al fine di garantire la tracciabilità delle operazioni svolte.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 114 di 178

#### 11.4.3.4 Criteri di comportamento

I soggetti che sono coinvolti nella tenuta della contabilità e predisposizione del Bilancio, sono tenuti ad osservare le previsioni del presente Modello nonché le modalità esposte nel presente protocollo e le disposizioni di legge esistenti in materia.

In particolare, nello svolgimento dei compiti assegnati, gli addetti all’Ufficio amministrativo devono attenersi ai seguenti principi di comportamento:

- assicurare che ogni operazione sia, oltre che correttamente registrata, anche autorizzata, verificabile, legittima, coerente e congrua;
- garantire un continuo allineamento tra i profili utente assegnati ed il ruolo ricoperto all’interno dell’ente, assicurando il rispetto delle regole di segregazione dei compiti tra il soggetto che ha effettuato l’operazione, chi la registra in contabilità e chi effettua il relativo controllo;
- garantire la completa tracciabilità dell’iter decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte, archiviando in maniera corretta e dettagliata i documenti di supporto;
- osservare, nello svolgimento delle attività di contabilizzazione dei fatti relativi alla gestione dell’ente, un comportamento corretto, trasparente e collaborativo;
- procedere alla valutazione e registrazione di elementi economico patrimoniali nel rispetto dei criteri di ragionevolezza e prudenza, illustrando con chiarezza, nella relativa documentazione, i criteri che hanno guidato la determinazione del valore del bene;

Nella predisposizione del Bilancio di esercizio i soggetti coinvolti nel processo:

- devono rispettare puntualmente i principi contabili di riferimento;
- nel procedimento di stima devono attenersi al rispetto del principio di ragionevolezza ed esporre con chiarezza i parametri di valutazione seguiti, fornendo ogni informazione complementare che sia necessaria a garantire la veridicità del documento;
- predisporre un Bilancio nel rispetto del criterio di completezza sotto il profilo dell’informazione societaria contenenti tutti gli elementi richiesti dalla legge;
- sono tenuti a predisporre la relativa documentazione con la massima diligenza e professionalità in modo da fornire informazioni chiare, accurate, complete, fedeli e veritiere evitando, e comunque segnalando nella forma e nei modi idonei, situazioni di conflitto d’interesse;
- devono consentire la tracciabilità dell’iter decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte;
- sono tenuti ad osservare scrupolosamente tutte le norme di legge a tutela dell’integrità ed effettività del capitale sociale, al fine di non ledere le garanzie dei creditori e dei terzi in genere;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 115 di 178

- assicurano il regolare funzionamento dell’ente e degli organi sociali, garantendo ed agevolando ogni forma di controllo interno sulla gestione sociale previsto dalla legge;
- devono tenere un comportamento corretto, trasparente e collaborativo nei confronti dell’Organo di controllo allo scopo di permettergli l’espletamento delle attività attribuitegli ex lege soddisfacendo in modo tempestivo e completo le richieste di documentazione avanzate da quest’ultimo nel corso delle attività di verifica;
- In ogni caso è fatto divieto di porre in essere/collaborare/dare causa alla realizzazione di comportamenti che possano rientrare nelle fattispecie di reato considerate ai fini del D.lgs. n. 231/2001, e più in particolare, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, di:
  - porre in essere attività e/o operazioni volte a creare disponibilità extracontabili, ovvero finalizzate alla creazione di “fondi neri” o di “contabilità parallele”, anche se per valori inferiori alle soglie di punibilità di cui agli artt. 2621 e 2622 c.c.;
  - porre in essere azioni finalizzate a fornire informazioni fuorvianti non fornendo una corretta rappresentazione della situazione economica, patrimoniale e finanziaria dell’ente;
  - predisporre o comunicare dati falsi, lacunosi o comunque suscettibili di fornire una descrizione non corretta e veritiera della realtà riguardo alla situazione economica, patrimoniale e finanziaria;
  - alterare o distruggere documenti ed informazioni finanziarie e contabili disponibili in rete attraverso accessi non autorizzati o altre azioni idonee allo scopo;
  - omettere di comunicare dati e informazioni imposte dalla legge riguardo alla situazione economica, patrimoniale e finanziaria;
  - ledere l’integrità del patrimonio, in violazione delle disposizioni di legge a tutela dei creditori;
  - occultare documenti ed informazioni richieste dall’Organo di controllo;
  - fornire documenti ed informazioni incompleti o fuorvianti;
  - ostacolare in qualsiasi modo lo svolgimento dell’attività di controllo da parte degli organi di controllo in genere;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 116 di 178

#### **11.4.4 La gestione dei farmaci e delle sostanze stupefacenti e psicotrope**

La gestione dei farmaci e delle sostanze stupefacenti e psicotrope va gestita tramite specifiche procedure ai sensi delle normative vigenti, che tra l'altro disciplinano le diverse fasi, assicurando la tracciabilità del processo riferito all'approvvigionamento, conservazione, tenuta, somministrazione e smaltimento dei farmaci e delle sostanze stupefacenti e psicotrope: tali procedure sono state adottate dalla Fondazione.

La responsabilità della gestione dei farmaci e delle sostanze stupefacenti e psicotrope è affidata al Direttore Sanitario.

#### **11.4.5 La gestione della filiera alimentare**

La Fondazione è dotata di un “Piano di autocontrollo HACCP”, che è l'insieme delle procedure operative volte a prevenire, o quantomeno a contenere, l'insorgenza dei pericoli lungo la filiera produttiva, per quanto concerne la fase della distribuzione e somministrazione. Infatti la cucina è un servizio esternalizzato, per cui l'appaltatore si è dotato di un proprio “Piano di autocontrollo HACCP” riguardante tutte le fasi sino alla distribuzione. A tale piano della Fondazione viene fatto rinvio per quanto riguarda la prevenzione dei reati inerenti.

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 117 di 178

## SEZIONE III:

### ANALISI DEI RISCHI

#### 12. PREMESSA

La mappatura delle aree potenzialmente esposte a rischio di reato e dei controlli esistenti è stata condotta sulla base della best practice in materia di analisi dei rischi e delle Linee Guida Confindustria. Essa consiste in un processo di valutazione compiuto per attivare un sistema di gestione dei rischi, coerente con i requisiti imposti dal Decreto 231/2001.

L'attività di valutazione è stata condotta ai fini della mappatura delle attività, con riferimento a tutti i reati previsti dal Decreto, ed ai fini della rilevazione dei controlli posti a presidio dei rischi rilevati. La mappa è stata realizzata attraverso analisi documentale, interviste, questionari, colloqui con i principali responsabili aziendali.

Tali questionari hanno compreso domande volte ad individuare il grado di rischio potenziale di determinate attività, nonché domande volte invece alla valutazione dei controlli eventualmente esistenti posti a presidio delle singole attività sensibili.

#### LEGENDA

GRUPPO DI PROCESSI:	Aggrega tutte le attività svolte dall'ente in poche (7) tipologie, contraddistinte da finalità omogenee, consentendo in tal modo di ottenere una “mappa” chiara e sintetica appunto delle attività svolte
MACRO-PROCESSO:	All'interno di ciascun Gruppo di processi, i Macro-processi rappresentano “flussi” logici di attività, esposti ad un maggior livello di dettaglio dei primi, che evidenziano una visione lievemente più analitica delle attività svolte

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 118 di 178

	dall'ente
PROCESSO:	Come per la voce precedente, anche in questo caso il Processo rappresenta, all'interno di ciascun Macro-processo, “flussi” logici di attività, esposti ad un maggior livello di dettaglio dei primi, che evidenziano una visione analitica delle attività svolte dall'ente
SOTTO-PROCESSO:	I Sotto-processi rappresentano infine una visione molto analitica di tutte le attività svolte dall'ente. In totale sono stati mappati 260 sotto-processi.
REATO:	Reati, o categorie degli stessi, astrattamente configurabili nella specifica attività sensibile
MODALITÀ COMMISSIVE:	Indica ipotesi astratte di commissione della fattispecie di reato tenendo conto delle specificità dell'attività svolta. Indica inoltre l'interesse o vantaggio per l'ente perseguito con la condotta posta in essere
RISCHIO POTENZIALE:	Rappresenta la ponderazione del rischio, misurata come combinazione di due fattori (peso e frequenza), calcolata senza tenere in considerazione i controlli esistenti. Il peso e la frequenza sono a loro volta quantificati secondo le modalità esposte nelle tabelle successive
VALUTAZIONE DEI CONTROLLI:	Esprime la capacità dei controlli in essere, misurata come combinazione di due fattori (Esistenza e adeguatezza; Conformità) di mitigare il rischio potenziale sopra esposto. I due fattori citati sono a loro volta quantificati secondo le modalità esposte nelle tabelle successive
INDICE DI RISCHIO RESIDUO:	Rappresenta la ponderazione finale del rischio, misurata come combinazione del Rischio potenziale e della Valutazione dei controlli

Il risultato dell'Analisi dei rischi ha permesso di evidenziare:

- i Sotto-processi a rischio critico (per i quali il “Rischio Residuo” è stato evidenziato in colore rosso), corrispondenti al 10% dei sotto-processi a rischio residuo più elevato;

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 119 di 178

- i Sotto-processi a rischio elevato (per i quali il “Rischio Residuo” è stato evidenziato in colore giallo), corrispondenti al successivo 15% dei sotto-processi;
- i Sotto-processi a rischio moderato (per i quali il “Rischio Residuo” è stato evidenziato in colore verde), corrispondenti ad un ulteriore e successivo 15% dei sotto-processi;
- i Sotto-processi a rischio basso o nullo, corrispondenti al rimanente 60% dei sotto-processi mappati.

### CRITERI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO POTENZIALE

Per valutare il Rischio Potenziale, ciascun sotto-processo è stato valutato mediante l'applicazione combinata di due coefficienti: la frequenza possibile del verificarsi dell'evento ed il peso (impatto) che esso avrebbe in termini sanzionatori per l'ente.

I criteri specifici di valutazione sono i seguenti:

Valutazione della frequenza:

Frequenza		
Valore	Coefficiente	Descrizione
5%	Raro	Evento che può accadere raramente (max 2 volte all'anno)
25%	Improbabile	Evento che può accadere qualche volta (tendenzialmente da 3 a 12 volte all'anno)
50%	Possibile	Evento che può accadere più volte in un anno, MAX con frequenza significativa (da 13 a 52 volte all'anno)
80%	Probabile	Evento che può accadere con frequenza elevata (oltre 52 volte all'anno ma meno di 1 volta al giorno)
100%	Molto probabile	Evento che può accadere con frequenza molto elevata (1 o più volte al giorno)

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 120 di 178

Valutazione del peso:

Peso		
Valore	Coefficiente	Descrizione
25%	Modesto	Nessuna sanzione interdittiva e sanzione pecuniaria fino a 300 quote
50%	Medio	Nessuna sanzione interdittiva e sanzione pecuniaria da 301 a 600 quote
75%	Grave	Nessuna sanzione interdittiva e sanzione pecuniaria da 601 a 800 quote
100%	Molto grave	Sanzioni interdittive, danni reputazionali e sanzioni pecuniarie oltre 800 quote

## CRITERI DI VALUTAZIONE DEI CONTROLLI

Per effettuare la Valutazione dei Controlli (che determina, in combinazione con il Rischio potenziale, il Rischio residuo associato a ciascun sotto-processo), per ogni sotto-processo è stata valutata l'esistenza di sistemi di controllo e la loro adeguatezza a provenire-mitigare i rischi individuati, nonché la “conformità” di tali controlli, ovvero l'effettiva esecuzione secondo le modalità previste.

I criteri specifici di valutazione sono i seguenti:

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 121 di 178

Esistenza e adeguatezza dei controlli:

Esistenza e adeguatezza		
Valore	Coefficiente	Descrizione
-90%	Continuativo	- Le tecniche di controllo appaiono adeguate, in quanto automatiche e continuative, e registrano in modo non eliminabile i dati rilevati - Vengono effettuati controlli sistematici da enti terzi
-80%	Adeguito	Le tecniche di controllo appaiono adeguate a ridurre il rischio ad un livello accettabile
-50%	In prevalenza adeguato	Le tecniche di controllo appaiono adeguate a ridurre il rischio ad un livello accettabile ma risultano migliorabili
-25%	Inadeguato	Le tecniche di controllo in essere risultano essere inadeguate a ridurre il rischio ad un livello accettabile
0%	Assente-NA	Le tecniche di controllo in essere risultano essere assenti o non valutabili

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 122 di 178

Conformità dei controlli:

Conformità		
Valore	Coefficiente	Descrizione
-90%	Assiduo	I controlli previsti vengono effettuati continuativamente
-80%	Adeguito	I controlli previsti vengono effettuati con sistematicità e continuità
-50%	In prevalenza adeguato	I controlli previsti vengono prevalentemente effettuati
-25%	Inadeguato	I controlli previsti vengono effettuati occasionalmente
0%	Assente-NA	I controlli previsti non vengono effettuati se non eccezionalmente

### 12.1 MAPPA RISCHI – PROCESSI ORGANIZZATIVI – REATI

Sulla base dei criteri metodologici sopra esposti, nelle schede seguenti vengono presentati i risultati dell'Analisi dei rischi 231 della Fondazione.

### 1.1.1 Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessi va dei Controlli) (% adeguata)	
1	1.1.1.1	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Nomina/ individuazione ruoli (RSPP, Medico competente, Dirigenti, Preposti, Addetti primo soccorso, Addetti prevenzione incendi)	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Nomina di persone non aventi i requisiti richiesti	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
2	1.1.1.2	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Riunioni periodiche del SPP	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata effettuazione di almeno una riunione annuale	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
3	1.1.1.3	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Programmazione e controllo sulle manutenzioni ai fini sicurezza di impianti e apparati	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Stesura di un programma di manutenzione inadeguato	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
4	1.1.1.4	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Dotazione Dispositivi di protezione	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Dotazione di DPI inadeguati	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
5	1.1.1.5	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Programmazione, documentazione e controllo di formazione e addestramento in materia di sicurezza	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata formazione	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%



Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
6	1.1.1.6	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Prove di evacuazione, e attivazione squadra di emergenza	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata effettuazione delle prove di evacuazione	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
7	1.1.1.7	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Gestione DVR-DUVRI	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Redazione di un DVR lacunoso	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
8	1.1.1.8	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Gestione stress da lavoro correlato	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata realizzazione degli interventi necessari	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
9	1.1.1.9	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sorveglianza sanitaria	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata effettuazione delle visite mediche entro le scadenze previste	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
10	1.1.1.10	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Tenuta Registri Sicurezza	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata registrazione quasi infortuni	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
11	1.1.1.11	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Sistema di Gestione Sicurezza Lavoro ex D.Lgs. 81/2008	Emanazione procedure di sicurezza	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Emanazione di procedure di sicurezza inadeguate	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%

### 1.1.2 Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione HACCP

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
12	1.2.1.1	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione HACCP	Sistema di Gestione HACCP	Preparazione piano manuale di autocontrollo	§ Mirato a mitigare i rischi per Frode in commercio e Alimenti non genuini	Redazione di un Piano di autocontrollo carente	50%	5%	3%	-50%	-80%	40%	2%
13	1.2.1.2	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione HACCP	Sistema di Gestione HACCP	Effettuazione controlli da parte del personale dell'ente	§ Mirato a mitigare i rischi per Frode in commercio e Alimenti non genuini	Controlli inadeguati	50%	100%	50%	-80%	-80%	64%	18%
14	1.1.2.3	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione HACCP	Sistema di Gestione HACCP	Effettuazione controlli su fornitore del servizio ristorazione	§ Mirato a mitigare i rischi per Frode in commercio e Alimenti non genuini	Controlli inadeguati o non effettuati	50%	25%	13%	-80%	-90%	72%	4%
15	1.1.2.4	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione HACCP	Sistema di Gestione HACCP	Formazione biennale	§ Mirato a mitigare i rischi per Frode in commercio e Alimenti non genuini	Mancata formazione	50%	5%	3%	-80%	-80%	64%	1%
15.1	1.1.2.5	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione HACCP	Sistema di Gestione HACCP	Gestione della certificazione	§ Corruzione anche nella forma della sola istigazione	Rilascio di certificazione in assenza dei requisiti	50%	25%	13%	-80%	-80%	64%	5%

### 1.1.3 Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di prevenzione della legionellosi

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
16	1.3.1.1	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di prevenzione della legionellosi	Sistema di prevenzione della legionellosi	Sistema di prevenzione della legionellosi negli impianti idrici	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata prevenzione periodica della legionellosi	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
17	1.3.1.2	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di prevenzione della legionellosi	Sistema di prevenzione della legionellosi	Sistema di prevenzione della legionellosi negli impianti di climatizzazione	§ Mirato a mitigare i rischi di Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Mancata prevenzione periodica della legionellosi	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%

### 1.1.4 Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi: Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
18	1.4.1.1	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Gestione DPS	§ Mirato a mitigare i rischi di alcuni delitti informatici	DPS carente, non aggiornato, non divulgato, non rispettato	100%	5%	5%	-50%	-50%	25%	4%
19	1.4.1.2	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Selezione e nomina Data Protection Officer	Delitti informatici	Omissa sorveglianza del sistema privacy e violazione politiche adottate in merito al trattamento dei dati	50%	25%	13%	-80%	-80%	64%	5%
20	1.4.1.3	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Controlli periodici	§ Mirato a mitigare i rischi di alcuni delitti informatici	Controlli inadeguati o non effettuati	50%	25%	13%	-80%	-90%	72%	4%
20.1	1.4.1.4	01. Processi e Sistemi di prevenzione e mitigazione dei rischi	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Sistema di Gestione Privacy ex D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 2016/679	Altri adempimenti privacy ==	==	==	50%	5%	3%	-80%	-80%	64%	1%





### 1.1.8 Gestione e supporto: gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
34	2.3.1.1	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Inserimento in Lista d'attesa	Ricevimento domanda	==								
35	2.3.1.2	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Inserimento in Lista d'attesa	Analisi documentazione sanitaria, colloquio ed eventuale visita medica	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Falsificazione dei dati sanitari, al momento della analisi della documentazione e della visita medica del richiedente, per farlo avanzare in lista d'attesa, con finalità corruttive	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
36	2.3.1.3	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Inserimento in Lista d'attesa	Classificazione requisiti sanitari	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Falsificazione dei dati sanitari, al momento della analisi della documentazione e della visita medica del richiedente, per farlo avanzare in lista d'attesa, con finalità corruttive	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
37	2.3.1.4	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Inserimento in Lista d'attesa	Valutazione ammissibilità	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Favorire una persona in lista d'attesa al posto di un'altra avente maggior diritto, oppure inserendo in Struttura un nuovo ospite privo dei requisiti richiesti per l'appropriatezza della prestazione, come strumento corruttivo	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
38	2.3.1.5	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Inserimento in Lista d'attesa	Inserimento in Lista d'attesa	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Inserire un richiedente in una posizione indebitamente favorevole della Lista d'attesa, a fini corruttivi	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 131 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
39	2.3.2.1	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Ingresso nuovo Ospite	Selezione nuovo utente da Lista d'attesa	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Favorire una persona in lista d'attesa al posto di un'altra avente maggior diritto come strumento corruttivo. Inoltre, nel caso del CDI, è possibile ammettere uno o più Utenti in soprannumero (oltre i 15 accreditati), facendo loro fruire il servizio rimborsato dall'ASL per altri Utenti.	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
40	2.3.2.2	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Ingresso nuovo Ospite	Contatto nuovo utente per accettazione ingresso	==								
41	2.3.2.3	02. Gestione e supporto	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Ingresso nuovo Ospite	Cancellazione da Lista o spostamenti per rinuncia	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Cancellazione indebita dalla Lista di alcuni Richiedenti, per far favorire altri	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%



### 1.1.10 Gestione e supporto: amministrazione

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% di riduzione)	
50	2.5.1.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Gestione Indennità di accompagnamento	Ricevimento e archiviazione copia verbale di Indennità concessa	==								
51	2.5.1.2	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Gestione Indennità di accompagnamento	Preparazione documentazione Ospite per visite periodiche di conferma indennità	==								
52	2.5.2.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Custodia valori degli Ospiti	Gestione fondi spese degli Ospiti	==								
53	2.5.3.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità clienti	Fatturazione a ASL acconti e conguagli per servizi contrattualizzati	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Fatturazione di un conguagli basati su classi SOSIA indebitamente basse	100%	25%	50%	-50%	-50%	25%	38%
54	2.5.3.2	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità clienti	Emissione e invio rette Ospiti RSA e Utenti CDI	==								
55	2.5.3.3	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità clienti	Fatturazione servizio fisioterapico per esterni	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico a False comunicazioni sociali; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Mancata fatturazione del servizio, con costituzione di fondi neri per successive azioni corruttive	100%	80%	80%	-90%	-90%	81%	15%
56	2.5.3.4	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità clienti	Fatturazione attività ambulatoriale	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico a False comunicazioni sociali; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Mancata fatturazione del servizio, con costituzione di fondi neri per successive azioni corruttive	100%	80%	80%	-90%	-90%	81%	15%







FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001

Pagina 136 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% di riduzione)	
76	2.5.5.7	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Spunta e riconciliazione estratti conto	==								
77	2.5.5.8	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Contabilizzazione movimenti bancari	==								
78	2.5.5.9	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Gestione estratti conto	==								
79	2.5.5.10	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Gestione cassa contanti	§ Propedeutico a Spendita di denaro falso;	Mancato controllo della autenticità delle banconote con successiva spendita in buona fede di denari falso	25%	25%	6%	-25%	-80%	20%	5%
80	2.5.5.11	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Gestione registro di cassa	==								
81	2.5.5.12	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità cassa e banche	Contabilizzazione movimenti di cassa	==								
82	2.5.6.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Contabilizzazione movimenti di contabilità generale	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali;	Contabilizzazione di poste non corrette	100%	100%	100%	-90%	-90%	81%	19%
83	2.5.6.2	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Movimenti di chiusura e di rettifica	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali;	Contabilizzazione di poste estimative non corrette	100%	80%	80%	-90%	-90%	81%	15%
84	2.5.6.3	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Elaborazione bilanci infrannuali	==								
85	2.5.6.4	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Elaborazione proposta di bilancio	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali;	Elaborazione di un bilancio non corretto	100%	5%	5%	-90%	-90%	81%	1%
86	2.5.6.5	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Revisione finale del bilancio	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali;	Elaborazione di un bilancio non corretto	100%	5%	5%	-90%	-90%	81%	1%
87	2.5.6.6	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Redazione del bilancio definitivo	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali;	Elaborazione di un bilancio non corretto	100%	5%	5%	-90%	-90%	81%	1%

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S. DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>		<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL D.LGS. 231/2001</b>	
			Pagina 137 di 178	

88	2.5.6.7	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Approvazione del bilancio	§ Associazione per delinquere; § False comunicazioni sociali	Approvazione di un bilancio non corretto	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%
88.1	2.5.6.8	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Contabilità generale e bilancio	Gestione poste valutative	§ Corruzione anche nella forma della sola istigazione	Detti reati sono copiati affinché siano determinate poste valutative di bilancio non conformi alla reale situazione patrimoniale e finanziaria della Fondazione	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
89	2.5.7.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Controllo di gestione	Acquisizione e aggiornamento budget da parte dell'ASL	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoricciclaggio	Corruzione di un funzionario ASL per ottenere un budget indebitamente vantaggioso per la Fondazione	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%
90	2.5.7.2	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Controllo di gestione	Controllo/mantenimento requisiti di accreditamento	§ Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoricciclaggio	Interventi fittizi per ripristinare standard gestionali altrimenti non rispettati e relativo occultamento delle reali informazioni all'ASL	100%	50%	50%	-50%	-80%	40%	30%
91	2.5.7.3	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Controllo di gestione	Elaborazione budget interno	==								
92	2.5.7.4	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Controllo di gestione	Gestione del sistema di contabilità analitica (centri di costo e driver)	==								
93	2.5.8.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Assicurazioni	Gestione assicurativa dei sinistri	§ Corruzione anche nella forma della sola istigazione	Detti reati sono copiati affinché sia gestito il sinistro così da garantire un esito favorevole alla Fondazione	50%	5%	3%	-80%	-80%	64%	1%
94	2.5.9.1	02. Gestione e supporto	Amministrazione	Attività legali	Attività legali	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoricciclaggio; § Induzione a false dichiarazioni	Accordo con il legale di controparte affinché non difenda adeguatamente il proprio assistito; Induzione di testi a non rendere dichiarazioni svantaggiose per l'Ente	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%

### 1.1.11 Gestione e supporto: acquisti e logistica

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
95	2.6.1.1	02. Gestione e supporto	Acquisti e Logistica	Acquisti e Logistica	Selezione fornitori	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Selezione di un fornitore, successiva stipula di contratti ed emissione ordini, in base a criteri corruttivi (verso lo stesso o un soggetto terzo a questi legato) anziché in base a criteri gestionali	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
96	2.6.1.2	02. Gestione e supporto	Acquisti e Logistica	Acquisti e Logistica	Stipula contratti-convenzioni	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Selezione di un fornitore, successiva stipula di contratti ed emissione ordini, in base a criteri corruttivi (verso lo stesso o un soggetto terzo a questi legato) anziché in base a criteri gestionali	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
97	2.6.1.3	02. Gestione e supporto	Acquisti e Logistica	Acquisti e Logistica	Definizione condizioni di acquisto	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Selezione di un fornitore, successiva stipula di contratti ed emissione ordini, in base a criteri corruttivi (verso lo stesso o un soggetto terzo a questi legato) anziché in base a criteri gestionali	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
98	2.6.1.4	02. Gestione e supporto	Acquisti e Logistica	Acquisti e Logistica	Richiesta di acquisto interna	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Selezione di un fornitore, successiva stipula di contratti ed emissione ordini, in base a criteri corruttivi (verso lo stesso o un soggetto terzo a questi legato) anziché in base a criteri gestionali	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 139 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
99	2.6.1.5	02. Gestione e supporto	Acquisti e logistica	Acquisti e logistica	Elaborazione e invio ordine a fornitore	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio		100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
100	2.6.1.6	02. Gestione e supporto	Acquisti e logistica	Acquisti e logistica	Ricevimento e controllo fornitura, firma DDT	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio		100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
101	2.6.1.7	02. Gestione e supporto	Acquisti e logistica	Acquisti e logistica	Immagazzinamento merce	==								
102	2.6.1.8	02. Gestione e supporto	Acquisti e logistica	Acquisti e logistica	Tenuta registri contabili dei magazzini	§ Truffa	Detto reato è compiuto per generare artifici contabili e garantire all'Ente di godere di fondi occulti	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
102.1	2.6.1.9	02. Gestione e supporto	Acquisti e logistica	Acquisti e logistica	Contratti di servizi	§ Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro; § Impiego di lavoratori irregolari	Omesso controllo su assunzione di badanti o cittadini senza regolare permesso di soggiorno	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%



### 1.1.13 Gestione e supporto: tecnologie informatiche

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutazione dei Controlli) (%)	
106	2.8.1.1	02. Gestione e supporto	Tecnologie informatiche	Tecnologie informatiche	Gestione, sviluppo e manutenzione infrastrutture tecnologiche	§ Apparecchiature per intercettare;	50%	25%	13%	-25%	-25%	6%	12%	
107	2.8.1.2	02. Gestione e supporto	Tecnologie informatiche	Tecnologie informatiche	Gestione, sviluppo e manutenzione procedure informatiche	§ Intercettazione; § Falsità in documenti informatici; § Abusiva duplicazione programmi per elaboratore;	100%	25%	25%	-25%	-25%	6%	23%	
108	2.8.1.3	02. Gestione e supporto	Tecnologie informatiche	Tecnologie informatiche	Gestione sito web	==								
109	2.8.1.4	02. Gestione e supporto	Tecnologie informatiche	Tecnologie informatiche	Gestione account di posta elettronica	==								
110	2.8.1.5	02. Gestione e supporto	Tecnologie informatiche	Tecnologie informatiche	Gestione account PEC	==								





FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001

Pagina 143 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
116	2.9.1.6	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Elaborazione cedolini dipendenti	==								
117	2.9.1.7	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Pagamento stipendi	§ Autoriciclaggio	Re-impiego di fondi provenienti da attività illecite	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%
118	2.9.1.8	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Pagamento versamenti contributivi	§ Autoriciclaggio	Re-impiego di fondi provenienti da attività illecite	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%
119	2.9.1.9	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Tenuta Libro unico del Lavoro	==								
120	2.9.1.10	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Cessazione posizione lavorativa	==								
121	2.9.1.11	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Acquisti prestazioni con voucher	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Autoriciclaggio; § Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro; § Impiego di lavoratori irregolari	Falsi acquisti di prestazioni professionali (pagamento tramite voucher di prestazioni mai effettuate) come leva corruttiva; omesso controllo su utilizzo lavoratori senza regolare permesso di soggiorno	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
122	2.9.1.12	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Formazione del personale	§ Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Organizzazione di corsi "finanziati" fittizi, con condivisione dei compensi tra docenti e Fondazione	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
123	2.9.1.13	02. Gestione e supporto	Amministrazione e Gestione del Personale	Amministrazione e Gestione del Personale	Relazioni sindacali	§ Associazione per delinquere; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un rappresentante sindacale per ottenere indebiti vantaggi per la Fondazione	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 144 di 178

### 1.1.15 Gestione e supporto: relazioni esterne

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
124	2.10.1.1	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con ASL	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	50%	50%	-25%	-80%	20%	40%
125	2.10.1.2	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con Regione e Comuni	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%
126	2.10.1.3	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con NAS	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%
127	2.10.1.4	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con INPS e INAIL	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%
128	2.10.1.5	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporto con VVF	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%
129	2.10.1.6	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con Agenzia delle Entrate, GdF	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Propedeutico ad autoriciclaggio	Corruzione di un funzionario pubblico per ottenere indebitamente un vantaggio per la Fondazione	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%
130	2.10.1.7	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con organi di informazione	§ Corruzione tra privati	Corruzione al fine di diffondere informazioni infedeli per aumentare il rating di reputazione della Fondazione	50%	25%	13%	-80%	-80%	64%	5%
131	2.10.1.8	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con Fondazioni bancarie	§ Corruzione tra privati	Corruzione al fine di ottenere un vantaggio per la Fondazione	50%	25%	13%	-8000%	-80%	64%	5%
131.1	2.10.1.9	02. Gestione e supporto	Relazioni esterne	Relazioni esterne	Rapporti con i consulenti	§ Corruzione tra privati	Inosservanza delle procedure di selezione	50%	25%	13%	-8000%	-80%	64%	5%

### 1.1.16 Gestione e supporto: archivio attività di gestione

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
132	2.11.1.1	02. Gestione e supporto	Archivio attività di gestione	Archivio attività di gestione	Archivio attività di gestione	§ Supporta la truffa; § Associazione per delinquere; § Supporta False comunicazioni sociali § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Occultamento di documenti che dimostrerebbero una truffa all'ASL o una falsificazione del bilancio	100%	100%	100%	-25%	-80%	20%	80%

### 1.1.17 Gestione e supporto: dichiarazione per mantenimento qualifica ONLUS

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
133	2.12.1.1	02. Gestione e supporto	Dichiarazione per mantenimento qualifica ONLUS	Dichiarazione per mantenimento qualifica ONLUS	Dichiarazione per mantenimento qualifica ONLUS (per Nota integrativa al bilancio)	§ Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Comunicazione all'Agenzia delle Entrate di informazioni false al fine di ottenere indebitamente la conferma della qualifica di ONLUS	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%

### 1.1.18 Gestione e supporto: servizi generali

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
134	2.13.1.1	02. Gestione e supporto	Servizi generali	Commissioni esterne	Commissioni esterne	==								
135	2.13.2.1	02. Gestione e supporto	Servizi generali	Sicurezza degli accessi	Sicurezza degli accessi	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	100%	5%	5%	-50%	-80%	40%	3%	
136	2.13.3.1	02. Gestione e supporto	Servizi generali	Centralino	Centralino	==								

### 1.1.19 Gestione e supporto: smaltimento rifiuti speciali

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
137	2.14.1.1	02. Gestione e supporto	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti speciali	Gestione rifiuti pericolosi e potenzialmente infetti	§ Propedeutico ad autorinciclaggio; § Gestione rifiuti; § Documentazione rifiuti; § SISTRI; § Corruzione tra privati	Smaltimento non conforme dei rifiuti speciali (p.e. tramite un Operatore privo delle necessarie autorizzazioni). Può essere propedeutico ad autorinciclaggio. Corruzione al fine di eludere il sistema di smaltimento.	100%	100%	100%	-25%	-80%	20%	80%
138	2.14.1.2	02. Gestione e supporto	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento farmaci scaduti	§ Propedeutico ad autorinciclaggio; § Gestione rifiuti; § Documentazione rifiuti; § SISTRI; § Corruzione tra privati	Smaltimento non conforme dei rifiuti speciali (p.e. nei rifiuti indifferenziati). Può essere propedeutico ad autorinciclaggio. Corruzione al fine di eludere il sistema di smaltimento.	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
139	2.14.1.3	02. Gestione e supporto	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento stupefacenti scaduti	§ Corruzione tra privati	Corruzione al fine di eludere il sistema di smaltimento.	50%	25%	13%	-80%	-80%	64%	5%
140	2.14.1.4	02. Gestione e supporto	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento cartucce stampanti e toner	§ Propedeutico ad autorinciclaggio; § Gestione rifiuti; § Documentazione rifiuti; § SISTRI; § Corruzione tra privati	Smaltimento non conforme dei rifiuti speciali (p.e. con formulari indicanti qualità e/o quantità errate). Può essere propedeutico ad autorinciclaggio. Corruzione al fine di eludere il sistema di smaltimento.	100%	25%	25%	-25%	-80%	20%	20%
141	2.14.1.5	02. Gestione e supporto	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti speciali	Smaltimento rifiuti e RAEE	§ Propedeutico ad autorinciclaggio; § Gestione rifiuti; § Documentazione rifiuti; § SISTRI; § Corruzione tra privati	Smaltimento non conforme dei rifiuti speciali (p.e. tramite un Operatore privo delle necessarie autorizzazioni). Può essere propedeutico ad autorinciclaggio. Corruzione al fine di eludere il sistema di smaltimento.	100%	5%	5%	-25%	-80%	20%	4%

	<b>FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 148 di 178

### 1.1.20 Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
142	3.1.1.1	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Strutturazione e programmazione turni	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	100%	25%	25%	-90%	-80%	72%	7%	
143	3.1.1.2	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Gestione modifiche alla turnazione	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	100%	80%	80%	-90%	-80%	72%	22%	
144	3.1.1.3	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Stesura e aggiornamento protocolli	==								
145	3.1.1.4	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Valutazione appropriatezza-economicità del farmaco	==								
146	3.1.1.5	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Definizione Piani di lavoro	==								
147	3.1.1.6	03. Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Impostazione attività socio-sanitario-assistenziali	Supervisione e monitoraggio attività sanitario-assistenziali-animative	==								

### 1.1.21 Gestione farmaci e stupefacenti

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
148	4.1.2.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Controllo giacenze	Controllo giacenze	=								
149	4.1.3.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Richiesta approvvigionamento	Richiesta approvvigionamento	=								
150	4.1.4.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Acquisti farmaci e stupefacenti	Acquisti programmati di farmaci e stupefacenti	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Acquisto da fornitori selezionati con criteri corruttivi	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
151	4.1.4.2	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Acquisti farmaci e stupefacenti	Acquisti non programmati (in farmacia locale) di farmaci e stupefacenti	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Effettuazione di acquisti di farmaci presso una farmacia locale (anziché presso un fornitore più economico), in misura indebitamente elevata, come leva corruttiva verso il fornitore oppure verso un soggetto terzo a questi legato	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
152	4.1.4.3	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Acquisti farmaci e stupefacenti	Ricevimento merce e sottoscrizione DDT	=								



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 150 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
153	4.1.4.4	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Acquisti farmaci e stupefacenti	Controllo merce	==								
154	4.1.4.5	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Acquisti farmaci e stupefacenti	Immagazzinamento	==								
155	4.1.5.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione	Gestione carico e scarico farmaci e stupefacenti	§ Associazione per delinquere; § Propedeutico a False comunicazioni sociali; § Corruzione	Registrazioni non veritiere per supportare una successiva elaborazione di un bilancio falso	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
156	4.1.5.2	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione	Controllo mensile scadenze e registrazione	==								
157	4.1.5.3	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione	Accantonamento farmaci e stupefacenti scaduti	==								
158	4.1.6.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Allerta farmaci	Allerta farmaci	==								
159	4.1.7.1	04. Gestione farmaci e stupefacenti	Gestione farmaci e stupefacenti	Inventario farmaci	Inventario farmaci	==								

### 1.1.22 Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): gestione domanda ingresso e lista d'attesa RSA e CDI

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
160	5.1.8.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Gestione domanda ingresso e Lista d'attesa RSA e CDI	Classificazione requisiti sanitari	Classificazione requisiti sanitari	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Falsificazione dei dati sanitari, al momento della analisi della documentazione e della visita medica del richiedente, per farlo avanzare in lista d'attesa, con finalità corruttive	100%	50%	50%	-25%	-80%	20%	40%



Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
165	5.2.2.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Accoglimento	Inserimento Ospite in camera	==								
166	5.2.2.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Accoglimento	Presentazione Equipe a Ospite e familiari	==								
167	5.2.2.3	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Accoglimento	Presa in carico dei farmaci dell'Ospite	==								
168	5.2.2.4	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Accoglimento	Colloquio conoscitivo con i familiari	==								
169	5.2.3.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Valutazione multidimensionale e definizione classificazione regionale dell'Ospite	Valutazione clinica, cognitiva, funzionale, presidi ed ausili di protezione individuale e classificazione dell'Ospite	§ Propedeutico alla truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio; § Corruzione tra privati	Falsificazione della classificazione SOSIA in modo da non subire una riduzione del contributo SSR. Corruzione al fine di rappresentare una valutazione multidimensionale infedele.	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 154 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
170	5.2.4.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Presenza in carico Ospite	Definizione obiettivi	=								
171	5.2.5.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Accoglimento e dimissioni	Visita fisiatrica	Visita fisiatrica	=								

	<b>FONDAZIONE “S. ANGELA MERICI” O.N.L.U.S.</b> <b>DESENZANO DEL GARDA (Bs)</b>	<b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE</b> <b>GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL</b> <b>D.LGS. 231/2001</b>
		Pagina 155 di 178

### 1.1.24 Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
172	5.3.1.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Tenuta e aggiornamento FaSAS	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autorriciclaggio;	falsificazione del FaSAS e/o occultamento di informazioni al fine di comprovare una classificazione dell'Ospite indebitamente vantaggiosa per l'ente	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
173	5.3.1.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Somministrazione-compilazione test multiidimensionali	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autorriciclaggio;	Falsificazione dell'esito del test per evitare una riduzione del contributo SSR	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
174	5.3.1.3	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Riunioni di Equipe	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autorriciclaggio;	Definizione di modalità per falsificare il PI-PAI, e conseguentemente le classi SOSIA, per evitare una riduzione del contributo SSR	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
175	5.3.1.4	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Attività di Equipe, PI-PAI e classificazione regionale degli Ospiti	Tenuta e aggiornamento PI-PAI	§ Propedeutico alla Truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autorriciclaggio;	Redazione di un PI-PAI non veritiero per supportare una successiva classificazione SOSIA inferiore al reale, al fine di evitare una riduzione del contributo SSR	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%



### 1.1.25 Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): rapporti con terzi

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (% riduzione IRP)	
181	5.4.1.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Rapporti con terzi	Rapporti con terzi	Interlocuzioni con i familiari	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro; § Corruzione tra privati	100%	5%	5%	-80%	-80%	64%	2%	
182	5.4.1.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Rapporti con terzi	Rapporti con terzi	Interlocuzioni con Servizi sociali - Servizi alla persona	==								
183	5.4.1.3	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Rapporti con terzi	Rapporti con terzi	Interlocuzioni con altri soggetti (medici, ospedali, laboratori,...)	==								





### 1.1.28 Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività assistenziali

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
196	5.7.1.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Assistenza diretta agli Ospiti	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati sul lavoro causati da inadeguata formazione sulla movimentazione manuale dei carichi	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
197	5.7.1.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Igiene, alzata e mobilitazione dell'Ospite	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati sul lavoro causati da mancata disponibilità di idonei ausili (p.e. sollevatori)	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
198	5.7.1.3	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Vestizione	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati sul lavoro causati da inadeguata sorveglianza sulla movimentazione manuale dei carichi	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
199	5.7.1.4	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Tenuta e igiene unità abitativa dell'Ospite e degli ausili	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati sul lavoro causati da DPI inadeguati (p.e. calzature antisdrucchio per lavaggio pavimenti)	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 161 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
200	5.7.1.5	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Gestione biancheria personale	=								
201	5.7.1.6	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Trasporti interni Ospiti	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati sul lavoro causati da DPI inadeguati, da mancata sorveglianza, da formazione inadeguata	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
202	5.7.1.7	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività assistenziali	Attività assistenziali	Distribuzione e somministrazione pasti e bevande	§ Alimenti non genuini;	Somministrazione di un alimento diverso da quello dichiarato	50%	100%	50%	-80%	-80%	64%	18%





**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 163 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
207	5.8.2.4	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Gestione ausili	Gestione scorte ausili	==								
208	5.8.2.5	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Gestione ausili	Controllo e manutenzione carrozzine	==								
209	5.8.2.6	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Gestione ausili	Eventuale restituzione carrozzine ad ASL	==								
210	5.8.3.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Attività fisioterapiche	Attività fisioterapiche Individuali	==								
211	5.8.3.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Attività fisioterapiche	Attività fisioterapiche di gruppo	==								
212	5.8.4.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività fisio-kinesiterapiche	Valutazione fisiatrica dell'Ospite	Valutazione fisiatrica periodica	§ Supporta la truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Valutazione dell'Ospite fittiziamente aggravata, per supportarne una classificazione SOSIA più conveniente per la Fondazione	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%

### 1.1.30 Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI): attività di animazione

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
213	5.9.1.1	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di animazione	Attività di animazione	Definizione-revisione programma di animazione	==								
214	5.9.1.2	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di animazione	Attività di animazione	Acquisto materiali per animazione	==								
215	5.9.1.3	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di animazione	Attività di animazione	Attività interne alla struttura	§ Abusiva trasmissione;	Abusiva trasmissione o diffusione di filmati e brani musicali senza corresponsione dei diritti d'autore	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%
216	5.9.1.4	05. Attività socio sanitario assistenziali residenziali e semi residenziali (RSA e CDI)	Attività di animazione	Attività di animazione	Attività e gite esterne	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortuni sul lavoro in occasione di attività esterne, causate da inadeguate misure di sicurezza	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%

### 1.1.31 Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
217	6.1.1.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Ricevimento richieste e PI da parte dell'ASL	Ricevimento richieste e PI da parte dell'ASL	==								
218	6.1.2.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Elaborazione e aggiornamento PAI	Elaborazione e aggiornamento PAI	==								
219	6.1.3.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Organizzazione operativa del servizio	Organizzazione operativa del servizio	==								
220	6.1.4.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Erogazione servizio RSA aperta	Erogazione servizio RSA aperta	§ Supporta la truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%	



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.  
DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE  
GESTIONE E CONTROLLO AI SENSI DEL  
D.LGS. 231/2001**

Pagina 166 di 178

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
221	6.1.4.2	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Erogazione servizio RSA aperta	Consegna Carta Servizi e acquisizione firma di ricevuta	==								
222	6.1.4.3	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Erogazione servizio RSA aperta	Acquisizione consenso alle prestazioni e consenso Privacy	==								
223	6.1.5.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Tenuta Diario multidisciplinare	Tenuta Diario multidisciplinare	§ Supporta la truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoricciclaggio;	Simulazione di prestazioni non erogate	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
224	6.2.1.1	06. Attività di Residenza Sanitaria Assistenziale aperta	Rendicontazione Servizio RSA aperta	Rendicontazione Servizio RSA aperta	Rendicontazione Servizio RSA aperta	§ Supporta la truffa; § Associazione per delinquere; § Propedeutico ad autoricciclaggio;	Simulazione di prestazioni non erogate	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%







### 1.1.33 Attività fisioterapiche per esterni

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
243	8.1.1.1	08. Attività fisioterapiche per esterni	Fisioterapia per esterni	Prenotazione prestazione	Prenotazione prestazione	==								
244	8.1.2.1	08. Attività fisioterapiche per esterni	Fisioterapia per esterni	Accettazione paziente	Accettazione paziente	==								
245	8.1.3.1	08. Attività fisioterapiche per esterni	Fisioterapia per esterni	Erogazione prestazioni fisioterapiche	Erogazione prestazioni fisioterapiche	==								

### 1.1.34 Attività ambulatoriale per esterni

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli		IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	
246	9.1.4.1	09. Attività ambulatoriale per esterni	=										

### 1.1.35 Servizi alberghieri: servizio ristorazione

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli		IRR (Indice di Rischio Residuo)	
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza adeguatezza controlli	Conformità controlli		VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)
247	10.1.5.1	10. Servizi alberghieri	Servizio ristorazione	Servizio ristorazione	Selezione fornitori	§ Associazione per delinquere; § Reati di natura corruttiva; § Corruzione tra privati; § Propedeutico ad autoriciclaggio;	Selezione di fornitori, successiva stipula di contratti ed emissione ordini, in base a criteri corruttivi (verso lo stesso o un soggetto terzo a questi legato) anziché in base a criteri gestionali	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
248	10.1.5.2	10. Servizi alberghieri	Servizio ristorazione	Servizio ristorazione	Definizione settimanale dei prodotti alimentari da acquistare	==								
249	10.1.5.3	10. Servizi alberghieri	Servizio ristorazione	Servizio ristorazione	Ricevimento e controllo merce	§ Frode in commercio; § Alimenti non genuini;	Inadeguati controlli in accettazione merce, con successiva somministrazione di alimenti non genuini	50%	80%	40%	-80%	-80%	64%	14%
250	10.1.5.4	10. Servizi alberghieri	Servizio ristorazione	Servizio ristorazione	Stoccaggio	§ Frode in commercio; § Alimenti non genuini;	Inadeguata conservazione degli alimenti, per risparmiare costi di congelamento	50%	100%	50%	-80%	-80%	64%	18%
251	10.1.5.5	10. Servizi alberghieri	Servizio ristorazione	Servizio ristorazione	Controlli periodici	§ Frode in commercio; § Alimenti non genuini;	Omessa rilevazione di prodotti scaduti o mal conservati	50%	100%	50%	-80%	-80%	64%	18%



### 1.1.36 Servizi alberghieri: servizio lavanderia

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
259	10.2.1.1	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Gestione detersivi	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da mancato utilizzo dei DPI previsti	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%
260	10.2.1.2	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Ricezione biancheria e smistamento per lavaggio	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da procedure non idonee (p.e. movimentazione manuale dei carichi oltre i limiti di peso consentiti)	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
261	10.2.1.3	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Lavaggio, asciugatura biancheria	==								
262	10.2.1.4	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Stiratura	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da inadeguata manutenzione attrezzature	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
263	10.2.1.5	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Preparazione per riconsegna	==								
264	10.2.1.6	10. Servizi alberghieri	Servizio lavanderia	Servizio lavanderia	Pulizia locali	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da mancato utilizzo dei DPI previsti	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%

### 1.1.37 Servizi alberghieri: servizio pulizie

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
265	10.3.1.1	10. Servizi alberghieri	Servizio pulizie	Servizio pulizie	Programmazione pulizie	==								
266	10.3.1.2	10. Servizi alberghieri	Servizio pulizie	Servizio pulizie	Esecuzione pulizie	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da inadeguata formazione, sorveglianza, o dotazione di DPI	100%	100%	100%	-80%	-80%	64%	36%
267	10.3.1.3	10. Servizi alberghieri	Servizio pulizie	Servizio pulizie	Controllo pulizie	==								
268	10.3.1.4	10. Servizi alberghieri	Servizio pulizie	Servizio pulizie	Gestione e conservazione detersivi	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	Infortunati causati da inadeguata formazione, sorveglianza, o dotazione di DPI	100%	80%	80%	-80%	-80%	64%	29%

### 1.1.38 Servizi alberghieri: servizi accessori

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza e adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
269	10.4.1.1	10. Servizi alberghieri	Servizi accessori	Servizio religioso	Servizio religioso	=								
270	10.4.2.1	10. Servizi alberghieri	Servizi accessori	Servizio parrucchiera	Servizio parrucchiera	=								
271	10.4.3.1	10. Servizi alberghieri	Servizi accessori	Servizio bar (erogatori automatici)	Servizio bar (erogatori automatici)	=								
272	10.4.4.1	10. Servizi alberghieri	Servizi accessori	Servizio telefonico per gli Ospiti	Servizio telefonico per gli Ospiti	=								
273	10.4.5.1	10. Servizi alberghieri	Servizi accessori	Servizio di trasporto Ospiti e Utenti	Servizio di trasporto Ospiti e Utenti	§ Reati in materia di sicurezza sul lavoro;	100%	50%	50%	-80%	-80%	64%	18%	



### 1.1.40 Reati trasversali

Processi organizzativi di riferimento						Reati ipotizzabili	Possibili modalità commissive	Rischio potenziale			Valutazione Controlli			IRR (Indice di Rischio Residuo)
N° progr.	N° Id.	Gruppo di Processi	Macro-Processo	Processo	Sotto-Processo			Peso RP	Frequenza RP	IRP (Indice di Rischio Potenziale)	Esistenza adeguatezza controlli	Conformità controlli	VCC (Valutaz. Complessiva dei Controlli) (%)	
278	12.1.5.1	12. Reati trasversali	Reati trasversali	Reati trasversali	Abusiva riproduzione di opere	§ Abusiva riproduzione radio-TV;	Riproduzione di film e trasmissione di musica senza corresponsione dei dovuti diritti alla SIAE	100%	25%	25%	-80%	-80%	64%	9%
279	12.1.5.2	12. Reati trasversali	Reati trasversali	Reati trasversali	Impedito controllo	§ Impedito controllo;	Ostacolo alle attività di controllo o di revisione legalmente attribuite agli organi sociali, occultando documenti	50%	5%	3%	-25%	-25%	6%	2%
280	12.1.5.3	12. Reati trasversali	Reati trasversali	Reati trasversali	Induzione a false dichiarazioni	§ Induzione a false dichiarazioni;	induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci, della persona chiamata a rendere davanti alla autorità giudiziaria dichiarazioni utilizzabili in un procedimento penale	50%	5%	3%	-25%	-25%	6%	2%