

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT
GORLE (BG)
via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

d. lgs. n. 231/01

PARTE GENERALE

**Revisione n. 5 del 24 maggio 2018 approvata dal Consiglio di Chiesa nella seduta
del 21 giugno 2018**

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO

In ambito di modelli di organizzazione e di gestione la normativa cogente prevede come gli stessi devono rispondere alle seguenti esigenze:

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

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

2) comma 3° dell' art. 7 D. L.vo n. 231/01:

Il modello prevede, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

3) comma 4° art.7 D.L.vo n. 231/01:

L'efficace attuazione del modello richiede:

- a) *una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;*
- b) *un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.*

L'applicazione del Decreto Legislativo n. 231/01 da parte della Regione Lombardia ai soggetti gestori di unità di offerta socio-sanitarie residenziali è stato introdotto dalla delibera di Giunta Regionale n. IX/3540 del 30.05.2012: **introduzione del modello organizzativo gestionale di controllo – di seguito solo MOG o modello- quale requisito trasversale di accreditamento per le unità di offerta socio-sanitarie** e confermato dalla Delibera di Giunta regionale del 31/10/2014 n. 2569.

La Regione Lombardia intende l'applicazione del modello organizzativo come ulteriore garanzia della legalità dell'efficienza e della trasparenza dell'operato sia della Regione che dell'ente

accreditato, con lo scopo di migliorare l'organizzazione e l'efficienza di funzionamento del servizio.

L'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui al d.lgs. n. 231/01 doveva essere garantito entro la data del 31.12.2012 per le unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto ed entro il 31.12.2013 per le unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva inferiore agli 80 posti letto ma con un contratto economico con la ATS di riferimento superiore ad euro 800.000,00/anno.

Il modello organizzativo si articola in due parti: generale e speciale.

Il modello organizzativo parte generale descrive la normativa di riferimento, l'assetto organizzativo dell'ente e il sistema di governo dello stesso, ivi compreso il sistema disciplinare, e prevede, inoltre, un'attività di formazione dei dipendenti.

La parte speciale si articola, in presidi come procedure, protocolli, ordini di servizio specificamente adottati per la gestione del rischio di commissione dei reati previsti tassativamente dal d.lgs. n. 231/01.

La normativa della Regione Lombardia comporta, altresì, che sia fatto riferimento ad aree caratteristiche e indica le seguenti a titolo esemplificativo: (*es. flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli ospiti, salute e sicurezza sul posto del lavoro, smaltimento rifiuti ecc.*).

In particolare si evidenzia come la cura dell'ospite, con riferimento sia allo stato fisico che a quello psichico, costituisce dovere istituzionale degli Istituti accreditati, cosicché ogni violazione di detto dovere, che arrechi danno all'ospite, integra gli estremi del danno civile ingiusto, sia esso causato con dolo o con colpa (artt. 2043 e 1453 c.c.), anche se il fatto non costituisce reato o non è indicato fra le fattispecie codificate dal d.lgs. 231/01.

In ogni caso nella parte speciale si procederà alla mappatura delle aree a rischio, secondo i criteri previsti dalla normativa della Regione Lombardia, in ordine alla valutazione dei rischi, così prevedendosi:

- *l'analisi delle funzioni e delle attività svolte, esaminate secondo il grado e tipo di esposizione a rischio in relazione ai reati codificati dal d.lgs. 231/01.*

- *l'analisi delle voci di conto economico e patrimoniale che fungono da "sensore" del livello di criticità dei processi strumentali come in via esemplificativa: 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 dei soggetti apicali, nonché la dazione o ricezione di doni ed omaggi, le assunzioni di personale e i contratti di collaborazioni a vario titolo,

Infine il presente documento si conforma alla normativa della Regione Lombardia nella parte in cui dispone che esso deve aderire ai seguenti principi informativi:

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

L'attuazione e il rispetto dei principi e delle prassi doverose sopra esposte, sarà oggetto di verifica da parte dell'Organismo di Vigilanza (di seguito OdV), che la normativa regionale auspica in forma collegiale e disciplinato da apposito regolamento scritto.

Sempre in forza della legislazione regionale citata, l'OdV, deve inviare entro il 31 dicembre di ogni anno all'ATS competente una relazione annuale sull'attività svolta dall'Istituto, anche con particolare riferimento al rispetto dei requisiti di esercizio e accreditamento, nonché della normativa regionale di settore. Detta disposizione non è in vigore per l'Istituto Casa di Riposo Caprotti Zavaritt che, allo stato, non ha l'obbligo giuridico di adottare il MOG ma l'ha adottato su base volontaristica.

Conseguentemente, col presente atto viene istituito l'Organismo di Vigilanza dell'Istituto Casa di Riposo Caprotti Zavaritt, che sarà regolamentato e disciplinato dal Regolamento di Funzionamento (in seguito RO 14) , del quale si allega bozza al presente atto.

ASSETTO ORGANIZZATIVO E GOVERNANCE

1 - GOVERNANCE DELL'ENTE

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

1.1 – Comitato di Gestione

L'Istituto Casa di Riposo (di seguito Istituto) è retto dal Comitato di Gestione composto da sette a nove membri tutti di nomina del Consiglio di Chiesa della Comunità Cristiana Evangelica di Bergamo.

Elegge al proprio interno il presidente dell'Istituto, legale rappresentante, il vice presidente, con funzioni vicarie e il segretario, il tutto a norma di Statuto (allegato).

Il Comitato di Gestione, rispondendone direttamente al Consiglio di Chiesa, accentra ogni potere decisionale di natura amministrativa, compresi appalti e forniture e trattamento giuridico ed economico dei dipendenti.

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

1.2 - Presidente

Il Presidente, oltre alla legale rappresentanza e alle funzioni statutarie, cura tutti i rapporti istituzionali, in special modo quelli con la Regione e con l'ATS, riferendo poi al Comitato, che assume la decisione finale in merito ad esempio, a nuove unità operative, accreditamenti, contrattualizzazioni ecc. Nella gestione dei rapporti con l'ATS, il Presidente si avvale del supporto professionale del Direttore.

Lo stesso Presidente, quale "datore di lavoro" (delibera del Comitato di Gestione n.14/2014), è al vertice del sistema Salute e Sicurezza dei lavoratori (d.lgs. 81/08), supportato dalle figure previste dalla norma vigente.

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

E' delegato dal Comitato di Gestione a disporre pagamenti (tramite bonifici e simili), a sua volta può delegare il direttore e il responsabile dell'ufficio amministrazione all'espletamento di talune incombenze.

Fanno eccezione alla modalità sopra esposta le piccole spese di competenza della "cassa contanti" (vedi Ufficio amministrativo).

1.3 - Vice presidente

Il Vice presidente, svolge funzioni vicarie del Presidente in caso di assenza. Può essere delegato dal Comitato di Gestione o dal Presidente a svolgere specifiche funzioni.

1.4 – Segretario

Il segretario redige i verbali dei Comitati di Gestione e li trasmette al Consiglio di Chiesa.

1.5 - Direttore

Il Direttore è responsabile del buon funzionamento dell'Istituto così come espresso nello statuto.

Vengono a lui segnalati eventuali fatti di rilevanza disciplinare commessi dai dipendenti, per l'avvio del procedimento da proporre al Comitato. A far data dal 01 febbraio 2016 sono state delegate al Direttore, dal Presidente datore di lavoro, le funzioni previste dall'art.18 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

1.6 - Responsabile Sanitario

Il Responsabile Sanitario coordina l'attività del personale medico, ne designa la nomina in accordo con il Direttore per la decisione finale da parte del Comitato di Gestione.

2 - ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.1 - Unità operative sanitarie e sanitario-assistenziali

Gli addetti presso le varie unità operative sanitario assistenziali sono tutti dipendenti della Società Sodexo Italia (di seguito Società). L' Istituto ha siglato un contratto di appalto il 01 aprile 2011 a durata quadriennale rinnovabile; suddetto contratto è stato rinnovato, con delibera n. 3/2014 fino al 31 marzo 2019. La Società si è impegnata alla gestione di tutti i servizi alberghieri (ristorazione, pulizie, lavanderia e guardaroba, manutenzione e giardinaggio) e a quelli sanitario assistenziali. Restano dipendenti dell'Istituto il Direttore, il responsabile Amministrativo, la Segretaria e il personale medico, quest'ultimo a contratto libero professionale.

2.1.1. - R.S.A.

La Residenza Sanitario Assistenziale ha 62 posti accreditati dalla Regione, di questi 42 sono a contratto con la ATS.

- Autorizzazione al funzionamento del 9 luglio 2009 n. 470, rilasciata dalla ATS di Bergamo

-Contratto ATS vigente del 31 dicembre 2012, attuativo dell'accREDITAMENTO regionale n.1992 del 13 luglio 2011

.E' articolata in tre nuclei e offre le tipiche prestazioni sanitario assistenziali, in regime di residenza, ad anziani non autosufficienti.

2.1.2 - C.D.I.

Il Centro Diurno Integrato ha 30 posti, tutti autorizzati e accreditati dalla Regione. Offre prestazioni prevalentemente assistenziali e in parte di natura sanitaria, in regime diurno dal lunedì al sabato (escluso festivi), a utenti anziani con limitata autosufficienza.

- Autorizzazione al Funzionamento n.417 del 09 giugno 2004, rilasciata dalla ATS di Bergamo

- Contratto ATS vigente del 31 dicembre 2012, attuativo dell'accREDITAMENTO regionale n.2190 del 16 marzo 2012

2.1.3 - Fisioterapia

Il Servizio Fisioterapia offre prestazioni di riabilitazione fisica ai residenti nella struttura e agli utenti C.D.I. Un fisiatra libero professionista esterno effettua le consulenze specialistiche.

2.1.4 - Animazione

Eroga prestazioni ai residenti in struttura e agli utenti del C.D.I.

Al servizio è preposto un educatore.

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

2.1.5 - Cucina

La Cucina prepara i pasti per gli utenti della RSA e del C.D.I e per la mensa dipendenti.

La Società è responsabile di tutto il processo di ristorazione a partire dall'approvvigionamento, alla conservazione e stoccaggio delle derrate alimentari, alla cottura, alla distribuzione agli utenti sia con il carrello multi porzione, sia con i vassoi personalizzati, nonché di tutte le procedure HACCP. Le diete speciali e i menù vengono sottoposti a parere autorizzativo del Responsabile Sanitario dell'Istituto.

2.1.6 - Lavanderia

La Società è responsabile di tutto il processo di Lavanderia, Stiratura - Guardaroba per gli ospiti dell'Istituto.

L'acquisto dei materiali di consumo (detersivi ecc.) è a carico della Società.

L'acquisto della biancheria, la dotazione e la manutenzione d'impianti, macchinari e attrezzature fanno capo all'Ufficio amministrativo dell'Istituto.

2.1.7 - Manutenzione

La Società è responsabile del servizio di piccola manutenzione e di giardinaggio.

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

2.1.8 – Armadio Farmaceutico

La gestione dell'armadio farmaceutico è affidato al Coordinatore infermieristico della Società. L'ufficio amministrativo dell'Istituto è responsabile dell'acquisto di farmaci e presidi.

2.1.9 - Servizio pulizia e sanificazione

La Società è responsabile di tutto il processo di pulizia e sanificazione degli ambienti dell'Istituto. L'acquisto del materiale di consumo e lo stoccaggio dello stesso sono a carico della Società.

2.2.0 - Ufficio segreteria accoglienza

L'Ufficio segreteria gestisce ogni tipo di relazione di natura amministrativa con l'utenza e cura le rendicontazioni ATS per la parte di competenza, senza alcun potere decisionale o di firma, in capo al Presidente o ad un suo delegato.

L'Ufficio esercita le funzioni di U.R.P.

Il personale dell'ufficio è autorizzato a intrattenere rapporti con personale esecutivo dell'ATS, per aspetti riguardanti la semplice compilazione delle rendicontazioni periodiche o simili adempimenti ricognitivi.

Risponde al Direttore.

2.2.1 - Ufficio amministrazione

L'Ufficio amministrazione si articola in:

- Amministrazione generale
- Contabilità e Tributi
- Paghe e Contributi
- Rendicontazioni ATS

Alla "cassa contanti", limitata a operazioni di modico valore, provvede l'operatore di questo Ufficio, autorizzato a erogare piccoli pagamenti e a riscuotere piccole somme.

Le rendicontazioni e ogni comunicazione con l'ATS sono firmate dal Presidente, dal Responsabile Sanitario o dai medici responsabili di unità operativa, ognuno per le parti di competenza.

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

Risponde al Direttore.

Si allegano procedure semplificate revisionate a maggio 2017

2.2.2 - Gestione del denaro (Banca)

La gestione del denaro (riscossioni e pagamenti) avviene prevalentemente per via bancaria. I bonifici e/o ordini di pagamento sono predisposti dall'addetto all'ufficio Amministrazione e possono essere firmati dal Presidente o dal Direttore.

ADOZIONE, AGGIORNAMENTO , DIFFUSIONE DEL MODELLO E FORMAZIONE

Il modello organizzativo gestionale di controllo è approvato dal Consiglio di Chiesa su proposta del Comitato di Gestione.

Copia del MOG è depositata presso la sede legale in via Arno 14 Gorle (Bg).

Il MOG è uno strumento in continuo aggiornamento sia in quanto la normativa statale prevede sempre nuove fattispecie di reato presupposto e modifica quelle già in vigore, sia in considerazione dei cambiamenti in atto nella struttura della Casa di Riposo; da ciò dipende la necessità di continuo aggiornamento.

Ai fini di rendere efficace e concreto il MOG è necessario individuare sempre nuove metodologie di comunicazione dello stesso.

Nella fase di adozione si è proceduto con una comunicazione iniziale a tutti coloro che entreranno in contatto con l'Istituto (es. dipendenti, collaboratori, amministratori, fornitori discenti, ecc.) mediante notifica a mano del MOG, oppure inviato anche via mail.

Entro 60 giorni dalla sua adozione, il Direttore, in stretto coordinamento con l'OdV, ha organizzato apposite riunioni illustrative, tenuto conto delle specifiche competenze e attribuzioni rispetto alle aree a rischio reati. E' stata garantita la massima diffusione e pubblicità anche nei seguenti modi:

-affissione, mediante messa a disposizione in luogo accessibile a tutti i dipendenti, collaboratori, discenti e fornitori. Sono state inoltre effettuate riunioni di formazione del personale.

Ai fini dell'efficace attuazione del Modello è prevista la sua continua diffusione ed una ciclica formazione.

La formazione e l'informativa del personale è garantita dal Direttore in stretto coordinamento con il Presidente e l'OdV, ogni volta che se ne ravvisi la necessità, con riunione informativa finalizzata alla conoscenza del MOG e alle sue eventuali modifiche.

Il programma di formazione di tutto il personale (dipendenti e collaboratori a contratto) riguarderà le nozioni di carattere generale sul d.lgs. n. 231/01, sul dlgs. 18/2008 e sul DGR Lombardia n. 2569/2014, con particolare riferimento alle fattispecie di reato presupposto, alla valenza del modello di organizzazione e di gestione, col presente atto introdotto, ai compiti e poteri e flussi informativi dell'OdV, nonché al sistema sanzionatorio.

La formazione è diretta ad illustrare la mappatura dei sensori di rischio reato al fine di definire le specifiche criticità di ogni area e per proporre procedure di adeguamento per prevenire gli eventuali tentativi di violazione del modello.

La frequenza è obbligatoria e l'ufficio di amministrazione è obbligato a conservare la documentazione dei corsi.

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT
GORLE (BG)
via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

I nuovi contratti con i fornitori dovranno avere una clausola di conoscenza e rispetto del modello attuato e meccanismi sanzionatori (ad es. clausola risolutiva espressa, clausole penali ovvero in alternativa, clausole comportanti specificamente il risarcimento del danno in caso di inosservanza).

ORGANISMO DI VIGILANZA

L'OdV è composto da tre membri scelti fra coloro che hanno maturato esperienza nell'ambito della gestione delle problematiche dell'Istituto o di istituti consimili. Il Presidente dell'OdV deve aver maturato almeno un triennio di esercizio della professione di avvocato, dottore commercialista, magistrato o dirigente/responsabile nel settore economico-finanziario di strutture pubbliche o private, ovvero una laurea o dottorato specifici nell'ambito delle scienze della gestione di comunità socio-sanitarie e assistenziali. I membri dell'OdV sono nominati dal Consiglio di Chiesa su designazione del Comitato di Gestione e durano in carica quattro anni; non possono essere nominati più di due volte consecutive. Le funzioni e i poteri dell'OdV sono stabiliti dal apr.f) della Delibera della Giunta Regionale Lombardia n. X/2569 del 31 ottobre 2014, dall'art.6 del Decr. Leg. 231/2001 nonché dall'art. 6 del Regolamento di funzionamento dell'OdV (In allegato).

Va osservato come i poteri di iniziativa e di controllo attribuiti per legge all'OdV siano da intendersi esclusivamente preordinati alla verifica dell'effettiva osservanza da parte dei soggetti (apicali, dipendenti, collaboratori, fornitori, discenti) delle specifiche procedure stabilite nel MOG e non devono generare alcuna interferenza con i poteri di direzione e gestione attribuiti all'organo amministrativo.

L'OdV dovrà intervenire con visite ispettive concordate o a sorpresa con un minimo di due annuali; il contenuto delle visite verrà verbalizzato e le copie conservate dall'OdV in un faldone conservato presso la Direzione dell'Istituto. Parimenti il Presidente, o un Consigliere , o il Direttore hanno facoltà di chiedere l'intervento, in qualsiasi momento, dell' l'OdV: anche in questo caso le riunioni dovranno essere verbalizzate e i verbali inviati, in copia al Comitato di Gestione e al Consiglio di Chiesa.

Obblighi di Informazione all'Organo di Vigilanza (art.6 comma 2°, lett. d))

Di rilievo sono i flussi informativi verso l'OdV.

Esso deve essere informato, da tutti i destinatari del modello organizzativo e di gestione, (vale a dire Presidente, Membri del Comitato di Gestione, RSPP, dipendenti, collaboratori con contratto di libera professione, terzi contraenti), in ordine a condotte non conformi, anche potenzialmente, ai principi ed alle prescrizioni contenute nel modello organizzativo e di gestione, come, in via esemplificativa e non esaustiva, omissioni, violazioni o falsificazioni nelle procedure attinenti ai "sensori di reato" relative alle aree di rispettiva competenza.

Altresì l'OdV dovrà essere informato su tutti i contratti in essere e sui contenziosi (in sede giudiziale ed extra): sui provvedimenti provenienti da organi giudiziari o di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, fonte di indagini che interessano, anche indirettamente, l'Istituto, il suo

personale, i collaboratori e tutte le figure apicali; sulle notizie relative ai procedimenti disciplinari in corso ed alle eventuali sanzioni irrogate ovvero sulla motivazione dell'archiviazione; sulle segnalazioni in ordine alle violazioni o al rischio di violazioni connesse alla salute e alla sicurezza dei lavoratori, nonché su reclami attinenti il benessere e la salute degli ospiti, che abbiano caratteristica oggettiva di gravità e urgenza d'intervento.

In particolare l'OdV dovrà ricevere comunicazione scritta dei verbali di ispezione dell'ATS in ordine alle unità di offerta socio sanitaria, anche in conformità con la DGR n.2569/2014, la quale prevede che sia dovere dell'OdV di redigere e inviare una relazione scritta annuale al Presidente del Comitato di Gestione, con particolare riferimento al rispetto dei requisiti richiesti in materia di esercizio, di accreditamento, nonché della normativa regionale di settore. Detta relazione annuale sarà trasmessa, tempestivamente anche al Consiglio di Chiesa e al Comitato di Gestione (indicando in essa i controlli e le verifiche effettuate, l'esito delle stesse, l'eventuale aggiornamento della mappatura, le segnalazioni ricevute, le azioni correttive, necessarie o eventuali, da apportare, la rilevazione di carenze organizzative o procedurali tali da esporre l'Istituto al pericolo che siano commessi i reati presupposto, nonché i casi di mancata collaborazione da parte dei destinatari del modello e ogni altra notizia necessaria a far constare la reale effettività e costanza dei controlli effettuati).

I flussi informativi relativi a segnalazioni del mancato rispetto delle misure di prevenzione dei reati presupposto previste dal MOG avverranno tramite comunicazioni scritte presso la sede dell'Istituto ed indirizzate al Presidente dell'OdV. Nelle forme indicate nel Regolamento di funzionamento dell'OdV, allegato al presente atto.

Le comunicazioni sono esaminate, preliminarmente dall'OdV, che ne valuta l'ammissibilità e rilevanza, decidendo sui provvedimenti da assumere, successivamente, l'OdV dà comunicazione della decisione preliminare al Direttore e al Presidente del Comitato di Gestione, concordando con essi, se necessario, di procedere ad attività ispettiva, ricorrendo all'apporto anche di professionisti esterni, qualora il caso richieda competenze specifiche.

Qualora, a seguito delle comunicazioni sopra dette e dell'eventuale istruttoria intercorsa, emerga un fatto che comporti l'applicazione di una misura disciplinare, di competenza dell'OdV come previsto dal presente documento, l'OdV, procede ad istruirlo e deciderlo secondo quanto previsto nel Regolamento di funzionamento dell'OdV, in allegato.

I componenti dell'OdV sono chiamati al rigoroso rispetto delle norme di comportamento dettate dal presente atto, essendo essi sottoposti al controllo e alla giurisdizione del Consiglio di Chiesa.

SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

Premessa

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

Il presente sistema disciplinare e sanzionatorio è adottato ai sensi dell'art.6,comma 2, lett. e) e art.7,comma 4, lett .b) del d.lgs.n. 231/01 e art. 30 dlgs. 18/2008 e costituisce, unitamente ad altre statuizioni contenute nei predetti articoli, la condizione senza la quale non si ottiene l'esenzione da responsabilità dell'ente in caso di commissione dei reati presupposto di cui al citato Decreto.

Si precisa come il modello e le norme di comportamento in esso contenute costituiscono regole vincolanti per i destinatari, titolari di organi apicali, dipendenti e collaboratori, la cui violazione deve essere sanzionata indipendentemente dall'effettiva realizzazione del reato presupposto, a livello di consumazione o di tentativo.

Principi generali relativi alle sanzioni

In questa sezione del modello si descrivono i principi delle sanzioni irrogabili e la procedura per la contestazione ed irrogazione delle sanzioni, ai titolari di organi apicali, ai dipendenti e ai collaboratori.

Sanzioni e procedimento di applicazione per i dipendenti

Nel rispetto delle norme e disposizioni vigenti in materia, viene statuito che il tipo di sanzioni e il procedimento disciplinare da adottarsi nei confronti dei dipendenti dell'Istituto, in quanto assunti in qualsiasi forma in base a contratto di lavoro stabile o di collaborazione, in caso di violazione delle regole contenute nelle norme di comportamento del presente Modello Organizzativo e di gestione, sarà conforme alla normativa prevista dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di riferimento, in vigore al momento della condotta da giudicare.

Sanzioni per le figure apicali (Membri del Comitato di Gestione, Direttori e Revisori dei Conti).

Alle infrazioni commesse da Membri del Comitato di Gestione, Revisori dei conti e Direttori, si applicano le seguenti sanzioni:

- alle infrazioni lievi si applica la censura privata, verbale o scritta;
- alle infrazioni gravi si applica la sospensione temporanea dalle funzioni semplice, da cinque a trenta giorni, o la sospensione grave, da trentuno a novanta giorni;
- alle infrazioni gravissime si applica la destituzione dall'incarico.

Le sanzioni della sospensione grave e della destituzione si applicano solo alle violazioni intenzionali, mentre le altre sanzioni si applicano sia alle infrazioni intenzionali che a quelle colpose.

Nel graduare il tipo e la misura della sanzione l'OdV deve tener conto della gravità del fatto e della entità della colpevolezza dell'autore.

In ogni caso l'organo giudicante terrà conto:

- della rilevanza oggettiva delle regole violate: comportamenti che possono compromettere, anche solo potenzialmente, l'efficacia del MOG rispetto alla prevenzione dei reati presupposto (es. mancata informativa all'OdV, mancata formazione del personale, mancato aggiornamento del MOG, alterazione o distruzione delle procedure finalizzate alla violazione del sistema di vigilanza ecc.)
- In particolare dell'elemento soggettivo della condotta: dolo o colpa, da desumersi anche dal livello di responsabilità gerarchico/tecnica (es. omessa vigilanza da parte dei superiori gerarchici per la corretta ed effettiva applicazione del MOG, ecc.) ;
- reiterazione delle condotte;
- partecipazione di più soggetti nella violazione.

I provvedimenti disciplinari sono adottati, dall'OdV, su segnalazione del Comitato di Gestione, del Presidente, del Direttore, dei Dirigenti, dei Revisori dei Conti, dei dipendenti, degli ospiti e dei terzi che abbiano stabili rapporti con l'Istituto.

La segnalazione deve essere scritta, firmata e depositata alla Direzione in plico chiuso, che viene protocollato e registrato in apposito registro. Non sono ammissibili segnalazioni verbali o in ogni caso anonime.

Per le violazioni compiute dai dipendenti, come prima definiti, l'OdV istruisce la segnalazione, seguendo, come sopra stabilito, la procedura disciplinare prevista dal CCNL. L'OdV, dà notizia scritta della procedura al Comitato di Gestione e procede all'istruttoria. Al termine informa con relazione scritta il Comitato di Gestione, esponendo concisamente la motivazione e indicando tipo e misura da applicare. Il Comitato di Gestione, con provvedimento scritto del Presidente, infligge la sanzione all'autore del fatto e la comunica all'interessato formalmente. Contro il provvedimento sono ammesse le impugnazioni disciplinari e giudiziali consentite dalla legge e dal CCNL.

L'OdV invia la relazione, di cui al comma che precede, in plico riservato al Consiglio di Chiesa.

Per le violazioni compiute dai soggetti apicali, cioè dai membri del Comitato di Gestione, dal Presidente, dal Direttore e dai Revisori dei Conti, competente a decidere sull'applicazione della sanzione è l'OdV.

Qualora la comunicazione riguardi i predetti soggetti apicali l'OdV istruisce la comunicazione stessa, e procede, senza indugio, a formulare la contestazione, indicando: descrizione della condotta nella forma del tentativo o della consumazione, generalità del soggetto responsabile, delle norme e procedure del presente modello violate ed eventuali documenti o elementi di riscontro della condotta acquisiti dall'OdV in sede di prima istruttoria.

L'OdV, non oltre quindici giorni dalla formulazione dell'incolpazione convoca per iscritto, entro venti giorni, il soggetto e la convocazione contiene una breve e precisa descrizione della condotta contestata e delle norme e procedure del presente modello oggetto di violazione, indica la data e l'ora della convocazione con l'avviso per l'interessato della facoltà di formulare memorie scritte difensive, nonché della facoltà di nominare un proprio difensore a cui dà mandato di rappresentarlo. La convocazione deve essere sottoscritta dal Presidente dell'OdV e trasmessa all'interessato con plico riservato e raccomandato con RR. .

L'OdV, compiuta l'audizione dell'interessato, se richiesta o non rinunciate, procede a giudizio senza formalità processuali, sempre facendo salvo il diritto dell'incolpato al contraddittorio, prima di assumere la decisione finale.

Compiuta l'istruttoria l'OdV, in seduta Collegiale, decide sulla violazione disciplinare, con provvedimento scritto, motivato datato e registrato ad apposito registro, firmato dal Presidente e dai membri dell'OdV.

Il Presidente comunica la decisione in copia, con plico riservato e raccomandato a RR, all'interessato. L'OdV comunica, altresì, al Consiglio di Chiesa e al Comitato di Gestione copia della decisione per l'assunzione dei provvedimenti di rispettiva competenza.

Le decisioni istruttorie e finali dell'OdV non sono impugnabili. Contro le decisioni finali l'interessato può solo promuovere reclamo scritto all'OdV, nei casi tassativamente previsti dai numeri 2), 3), e 4), 1° comma, dell'art.395, c.p.c

Sul reclamo decide, inoppugnabilmente, l'OdV, per scritto e con motivazione succinta, entro trenta giorni dal ricevimento del reclamo, e la decisione scritta è comunicata all'interessato, tempestivamente, con plico riservato e raccomandato con RR.

Qualora il Comitato di Gestione, i Revisori dei Conti, il Direttore o i dirigenti rilevino che un terzo estraneo all'Istituto, nell'ambito di rapporti anche di fatto con l'Istituto stesso, ha compiuto una violazione delle regole contenute nel presente modello, riferiscono, senza indugio, il fatto corredato dagli accertamenti compiuti all'OdV.

L'OdV procede, con urgenza, secondo quanto stabilito dal precedente paragrafo, e, se l'infrazione è grave in misura tale da non consentire l'istaurarsi o il permanere del rapporto col terzo, con

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT

GORLE (BG)

via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

decisione finale propone al Comitato di Gestione di non procedere alla formalizzazione del rapporto ovvero alla risoluzione dello stesso ai sensi dell'art. 1456, c.c..

Se trattasi dei fatti di particolare gravità, idonei a turbare l'assetto dell'organizzazione e della convivenza all'interno dell'Istituto la pena è l'allontanamento dalla sede dell'Istituto stesso e il divieto di rientrarvi, senza autorizzazione scritta del Presidente del Comitato di Gestione. Le decisioni così assunte sono reclamabili, secondo quanto esposto al paragrafo precedente.

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT
GORLE (BG)
via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

PARTE SPECIALE

LINEE GUIDA COSTRUZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL MODELLO
DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

Individuazione delle attività a rischio e definizione dei protocolli: metodologia di lavoro.

Il presente modello è dedicato all'organizzazione e gestione dell'Istituto.

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

Per la costruzione del modello, l'analisi delle aree a rischio "reato presupposto" e la successiva graduazione del rischio inerente all'attività caratteristiche (unità di offerta) dell'Istituto, si è proceduto alla conoscenza della struttura attraverso incontri periodici verbalizzati e sottoscritti dai partecipanti definiti "verbal di audizione".

Le audizioni presso l'Istituto sono state effettuate dal Presidente, da Consiglieri, dal Direttore dell'Istituto e da personale amministrativo.

In particolare la cronologia degli incontri è la seguente:

Verbale di audizione del 10 settembre 2013: alla presenza Del Presidente, del Consigliere, del personale Amministrativo e del Direttore dell'Istituto il quale ha illustrato l'assetto organizzativo e la governance dello stesso per quanto concerne la parte generale del modello.

Sono stati esaminati i seguenti documenti:

- L'organigramma, dell'ottobre 2012 predisposto per il sistema qualità
- Delibera del Comitato di Gestione n.12/2012 assegnazione di deleghe per funzioni di competenza
- Procedure del settembre 2013
- Codice di Comportamento proposto con delibera del Comitato di Gestione del 04 marzo 2010, n 5/2010 e adottato con successiva delibera del Consiglio di Chiesa
- Statuto Istituto adottato con delibera del 22 gennaio 2006
- Contratto di lavoro del Direttore del 01 giugno 2008
- Contratto di lavoro del Responsabile Sanitario del 01 aprile 2011

Verbale di audizione del 2 ottobre 2013 alla presenza del Presidente, del Consigliere, del Direttore e del Responsabile Sanitario si sono illustrate, in relazione alla parte speciale del modello, la mappature delle aree e l'analisi del rischio reato.

Verbale di audizione del 25 ottobre 2013 alla presenza del Presidente, del Consigliere, del Personale Amministrativo e del Direttore si sono costruite, in relazione alla parte speciale, protocolli e procedure, generali e speciali, al fine di creare specifici presidi capaci di evitare il rischio di commissione dei reati tipici previsti dal d.lgs. n. 231/01. Alla stesura dei protocolli e procedure hanno partecipato gli operatori dell'Istituto e coinvolti per quanto di loro specifica competenza.

Alla luce dei predetti incontri si è provveduto ad individuare e ad identificare un modello comunque rispondente alle concrete situazioni, ossia attività e strutture organizzative dell'Istituto e, perciò, ai reali “rischi di reato” prospettabili in esse, avendo appunto riguardo a tutte le specificità di ogni settore di attività e ad ogni singola ipotesi di reato identificata dal d.lgs. 231/01.

Il lavoro di realizzazione del modello si è, quindi, sviluppato in diverse fasi, tutte comunque improntate al principio fondamentale della documentabilità e verificabilità di ogni atto decisionale, così da consentire la ricostruzione dell'attività da cui è scaturito.

I fase: raccolta e analisi della documentazione essenziale

Si è innanzitutto proceduto ad esaminare la documentazione ufficiale disponibile presso l'Istituto relativa a:

- Visura Camerale e oggetto sociale dell'ente;
- Statuto
- Ultimo bilancio approvato con relazione del revisore;
- Manuale di qualità e relativa certificazione;
- Organigramma;
- Verbale del CdG di attribuzione di cariche e poteri (deleghe o procure);
- Regolamento interno e Carta Servizi;
- C.C.N.L. applicato a tutto il personale dipendente;
- Report dei contratti in essere: rapporto con i liberi professionisti, società, forniture di servizi in genere;
- Report dei contenziosi (in sede giudiziale ed extra) in essere;
- Certificazioni e Autorizzazioni di accreditamento delle unità di offerta;
- Normativa vigente sia nazionale che regionale in materia socio sanitaria;
- In materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n.81/2008): gli atti di approvazione della politica di sicurezza (il documento valutazione rischi, il piano di sicurezza, deleghe o procure e atti formali di attribuzioni di ruoli);

- Documento interno privacy (nomine del titolare, responsabile, incaricato).

Siffatti documenti sono stati, quindi, esaminati, al fine di costituire una piattaforma informativa della struttura e dell'operatività della casa, nonché della ripartizione dei poteri e delle competenze.

II fase: identificazione delle attività a rischio

Attraverso un lavoro di mappatura si è proceduto all'individuazione di ogni attività di servizio dell'Istituto, in particolare attraverso l'esame della attività amministrativa, di quella contabile, di quella afferente alle risorse umane e, infine, di quella specifica socio-sanitaria.

L'analisi che ne è seguita ha avuto come oggetto i contenuti, le modalità operative, la ripartizione delle competenze, tutte operazioni finalizzate alla sussistenza o insussistenza di potenziali aree a rischio di commissione reati.

Tali aree a rischio sono state dunque identificate mediante interviste eseguite con i soggetti individuati come responsabili e, comunque, dotati delle migliori conoscenze dell'operatività di ciascun singolo settore di attività, e cioè il Presidente, il Direttore, il Responsabile Sanitario, l'RSPP, il responsabile dell'ufficio amministrazione e l'operatore dell'ufficio segreteria-accoglienza.

III fase: identificazione e analisi degli attuali presidi

Per le aree a rischio si è poi richiesto ai soggetti intervistati di illustrare le procedure operative ed i concreti controlli esistenti e idonei a presidiare il rischio individuato.

IV fase: analisi e correzione sensori di rischio reato

La situazione di rischio è stata confrontata con le esigenze ed i requisiti imposti dal d.lgs. n. 231/01 e dalla D.G.R. n. 2569/2014 al fine di individuare le eventuali carenze del sistema esistente.

Si è provveduto quindi a richiedere ai soggetti intervistati di indicare eventuali azioni correttive delle regole di controllo, anche non formalizzate, esistenti con particolare riferimento alla gestione delle attività ritenute a rischio, con indicazioni per la fase successiva.

V fase: definizione dei protocolli

Per ciascuna area ritenuta a rischio sono stati definiti protocolli di decisione contenenti la disciplina più idonea a governare il profilo di rischio individuato.

I protocolli sono ispirati alla regola di rendere documentate e verificabili le varie fasi del processo decisionale, onde sia possibile risalire alla motivazione che ha guidato la decisione e affinché sia sempre immediatamente possibile individuare il soggetto responsabile della singola fase della procedura.

Ciascuno di siffatti protocolli di decisione dovrà essere facilmente recepito, rendendo, quindi, obbligatorie le regole di condotta ivi contenute in capo a coloro che si trovino ad operare in un'area a rischio.

AGGIORNAMENTI

Gli aggiornamenti periodici del MOG avverranno nel rispetto delle norme dello Stato che individueranno i nuovi reati presupposto e seguendo i criteri già introdotti in sede di estensione del primo Modello di Organizzazione e Gestione.

I fase: identificazione delle attività a rischio in relazione alle condotte penalmente rilevanti

II fase: identificazione e analisi degli presidi già esistenti

III fase: analisi e correzione sensori di rischio reato connessi alla nuova fattispecie

IV fase: definizione dei protocolli atti a governare il profilo di rischio individuato.

RISCHIO DI COMMISSIONE REATI:
MAPPATURA AREE E CORRELATIVI RISCHI REATO

All'interno delle aree individuate, gli organi direttivi, ciascuno per la propria competenza sono chiamati a redigere le procedure per la gestione con particolare riguardo a chi deve essere coinvolto, chi procede alla verifica, chi le approva e chi ne dà attuazione.

In altri termini occorre seguire il seguente prospetto: **Redazione, Coinvolgimento, verifica, approvazione, attuazione.**

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

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

AREA DELIBERAZIONI

Deliberazioni in genere – Deleghe Comitato di Gestione, Modello Organizzativo Gestione e di Controllo e Organismo di vigilanza e relativo Regolamento di funzionamento

Reati ipotizzabili: art. 24 D.Lgs. 231/2001 Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno allo Stato o di un ente pubblico o per conseguire erogazioni pubbliche

I provvedimenti relativi sono oggetto di delibera del Comitato di Gestione.

Lo Statuto prevede la seguente procedura:

Il Comitato di Gestione delibera previa convocazione scritta, con elencazione dei punti all'ordine del giorno stabilito dal Presidente, e inserisce eventualmente anche argomenti suggeriti dai Consiglieri e dal Direttore.

La documentazione è disponibile ai Consiglieri almeno cinque giorni prima della seduta.

Gli argomenti più complessi e importanti vengono generalmente affrontati in via informale anche in sedute precedenti.

Il Comitato di Gestione accentra ogni potere di spesa chiedendo, per importi di spesa superiori a ventimila euro legati a opere di manutenzione straordinaria dei beni immobili e delle attrezzature, autorizzazione al Consiglio di Chiesa. Per talune materie ha espressamente costituito commissioni ad hoc.

Le delibere con argomenti rilevanti per il d.lgs. 231/01 verranno inviate obbligatoriamente all'OdV e per competenza, come previsto da Statuto, al Consiglio di Chiesa.

Soggetti coinvolti: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, OdV.

Rischio reato: basso

AREA BILANCIO

Procedura di formazione e approvazione del Bilancio dell'Istituto

Reati ipotizzabili: *art. 25 ter (reati societari, solo parzialmente applicabili all'istituto)*

Il Bilancio dell'Istituto, per anno civile, viene materialmente predisposto dall'Ufficio amministrazione in collaborazione con lo Studio Commercialista convenzionato con l'Istituto, sulla base delle registrazioni contabili tenute in forma ordinaria e analitica. Sia la contabilità sia il Bilancio sono predisposti secondo la normativa civilistica in essere.

Lo studio Commercialista convenzionato, nominato dal Comitato di Gestione, effettua verifiche trimestrali e redige una propria relazione di accompagnamento al Bilancio.

Le risultanze del Bilancio vengono illustrate in forma complessiva e ripartite per singole voci di imputazione.

Il Bilancio, firmato dal Presidente, è approvato dal Comitato di Gestione entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, viene trasmesso, come da Statuto al Consiglio di Chiesa.

Soggetti coinvolti: Ufficio amministrazione, Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Studio Commercialista.

Rischio reato: Basso

AREA FINANZIARIA

Pagamenti e riscossioni

Reati ipotizzabili: *art. 25 octies Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita + art.25 bis Falsità in monete; art. 25 ter, comma 1, lett.s-bis: corruzione fra privati.*

L'Istituto utilizza per i propri movimenti finanziari un conto corrente bancario, aperto presso UBI Banca filiale di Bergamo e uno aperto presso Allianz Bank filiale di Bergamo.

I pagamenti originano quasi esclusivamente dal conto corrente di UBI Banca, con strumento di remote banking dall'Ufficio amministrazione. I prelievi possono essere effettuati dal Presidente, dal Vice Presidente, dal Direttore (limite di euro cinquemila) e dal responsabile Ufficio Amministrazione (limite di euro mille).

Rappresentano eccezioni alla suddetta regola generale:

- la "cassa contanti" presso l'Ufficio amministrazione, limitata a operazioni di modico valore, cui provvede il personale autorizzato a erogare piccoli pagamenti e a riscuotere piccole somme, generalmente per i servizi di animazione e di minuto mantenimento. Tutte le operazioni in entrata ed in uscita vengono volta per volta riportate sul foglio elettronico conservato in PC e mensilmente registrato nella contabilità generale. Lo stato patrimoniale evidenzia le giacenze della "cassa contanti".

Soggetti coinvolti: Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza, Presidente e Vice Presidente, Direttore

Rischio reato: Medio

Attività di gestione di informazioni privilegiate e di investimenti in strumenti finanziari

Reato ipotizzabile art.25 sexies :Abusi di mercato.

Le disponibilità liquide dell'Istituto rimangono sui sopraccitati conti correnti bancari. Talvolta vengono investite, sempre tramite Banca, in strumenti finanziari a tasso predeterminato, previa delibera del Comitato di Gestione.

Soggetti coinvolti: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio amministrazione

Rischio reato: Basso

Assicurazioni

Oltre alla assicurazione R.C.T, l'Istituto ha assicurato i propri fabbricati contro l'incendio e rischi vari (eventi atmosferici, tecnologici, allagamenti ecc.). Dal 2017 è stata stipulata polizza amministratori.

Le polizze e le coperture sono approvate dal Comitato di Gestione.

AREA APPALTI, INCARICHI, ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

Procedure per incarichi, appalti, acquisto beni e servizi .

Reati ipotizzabili art 25 ter , comma 1 lett., S bis) Corruzione fra privati.

E' questo il settore nel quale si ha la maggiore esposizione al rischio della corruzione in quanto gli enti privati non sono tenuti all'osservanza di norme vincolanti nello svolgimento dell'attività contrattuale per cui è astrattamente possibile che si verifichino iniziative di tipo corruttivo. E' dunque necessario che vengano adottati protocolli atti a fissare regole.

In linea generale la procedura per l'acquisto di beni o servizi prevede una richiesta di acquisto, emessa da un responsabile di unità operativa. L'Ufficio amministrazione individua i potenziali

fornitori e richiede offerte, successivamente comparate. Individuata l'offerta più vantaggiosa, viene inviato l'ordinativo di acquisto, in forma scritta, firmato anche dal Direttore. Qualora l'entità dell'acquisto sia importante dal punto di vista economico e/o strategico la decisione viene rimandata al Comitato di Gestione (questa procedura vale anche per l'appalto di opere, consulenze). Tutti i beni o prestazioni di servizio consegnati o effettuati, previa verifica della conformità rispetto all'Ordine, vengono consegnati al richiedente.

L'Ufficio amministrazione raffronta il documento di trasporto e la relativa fattura che devono corrispondere. Successivamente le fatture vengono registrate sul registro fatture di acquisto e passate in contabilità ordinaria generando uno scadenziario.

I pagamenti avvengono mediante bonifico o ricevuta bancaria.

AREA RAPPORTI CON PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Reati ipotizzabili: art. 24 Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno allo Stato o di un ente pubblico o per conseguire erogazioni pubbliche; art. 25 Corruzione, concussione.

Adempimenti tributari (versamenti e dichiarazioni)

Gli adempimenti tributari sono tutti espletati dall'Ufficio amministrazione e dallo Studio Commercialista, che redigono le varie dichiarazioni in corso d'anno Unico / Spesometro / Comunicazione annuale dati Iva / e la modulistica necessaria ad effettuare i relativi versamenti (F24 ecc.), che trovano provvista esclusivamente nel conto corrente dell'Istituto.

Le dichiarazioni sono sottoscritte dal Presidente, quale legale rappresentante.

L'eventuale adesione a specifici regimi tributari o a sistemi agevolativi di varia natura, sono sempre autorizzati dal Comitato di Gestione.

Soggetti coinvolti: Ufficio amministrazione, Presidente, Direttore, Comitato di Gestione, Studio Commercialista.

Rischio reato: Basso

Richiesta finanziamenti pubblici

Le richieste di finanziamenti pubblici per iniziative particolari vengono sempre prima deliberate dal Comitato di Gestione, previa istruttoria da parte dell'Ufficio amministrazione e dal Direttore.

Le richieste sono firmate dal Presidente, quale legale rappresentante.

La verifica circa l'aderenza della destinazione del contributo alla finalità prescritta è effettuata dal Direttore.

Eventuali consuntivi o relazioni finali circa i risultati ottenuti sono sottoscritti dal Presidente e, se di particolare rilevanza economica, approvati dal Comitato di Gestione.

Soggetti coinvolti: Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Ufficio amministrazione, Consiglio di Chiesa

Rischio reato: Medio

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

L'avvio di ogni tipo di richiesta per autorizzazioni, permessi, nulla osta, concessioni, Scia, Dia ecc. è deliberato dal Comitato di Gestione e sottoscritte dal Presidente.

Le relative pratiche di carattere urbanistico edilizio strutturale sono curate da un libero professionista esterno incaricato dal Comitato di Gestione. Il professionista, in accordo con il Direttore, tiene i rapporti con l'autorità preposta fino alla conclusione del procedimento. Il professionista incaricato tiene sempre informato il Direttore sul corso della pratica.

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

Le problematiche più rilevanti sono segnalate al Presidente ed esaminate dal Comitato di Gestione.

Soggetti coinvolti: Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Consulenti esterni, Ufficio amministrazione, Responsabile Sanitario

Rischio reato: Basso

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

Art. 25 ter, comma 1 lett. S-bis) Corruzione tra privati.

L'ingresso nelle unità operative accreditate e contrattualizzate con l'ATS avviene attingendo alle liste d'attesa, formate in base a domande dell'utenza, ormai completamente informatizzate.

La verifica medica sull'appropriatezza di ricoveri/prestazioni, oltre alla classificazione diagnostica in base allo stato di salute del paziente/ospite (utile anche ai fini dei rimborsi da parte dell'ATS), viene effettuata e tenuta aggiornata dal Responsabile Sanitario e/o medico di unità operativa.

L'ingresso dei singoli pazienti è deciso dal Responsabile Sanitario e/o medico di unità operativa, che lo comunica all'infermiere coordinatore, all'Ufficio segreteria-accoglienza, i quali assumono i contatti con utente e/o la famiglia.

Il giorno di avvenuto ingresso e/o inizio delle prestazioni, le giornate di presenza, assenza e le classificazioni diagnostiche utili per la rendicontazione economiche all'ATS vengono rilevate dal

medico e dal coordinatore infermieristico. Con il sistema informatico e/o prospetti cartacei vengono dagli stessi comunicati all'Ufficio segreteria-accoglienza, che dopo averli elaborati ai propri fini, li gira all'Ufficio amministrazione, che calcola l'onere a carico ATS secondo le procedure e in base alle tariffe previste dalla normativa regionale.

Alla dimissione/decesso e/o termine delle prestazioni all'utente, l'infermiere coordinatore comunica la data all'Ufficio segreteria-accoglienza e all'ufficio amministrazione, per le relative annotazioni ai fini contabili e amministrativi e per le debite comunicazioni all'ATS.

La firma sulle rendicontazioni all'ATS viene apposta dal Presidente.

Soggetti coinvolti: Responsabile Sanitario, Medico responsabile di unità operativa, Coordinatore infermieristico, Ufficio segreteria-accoglienza, Ufficio amministrazione, Presidente, Direttore

Rischio reato: Basso

Ispezioni ATS per vigilanza su requisiti, controllo appropriatezza ecc.

Durante le visite ispettive è coinvolto il Direttore, che opera su delega del Presidente, il Responsabile Sanitario e/o medico di unità operativa, il Coordinatore infermieristico che agevolano l'accesso ai vari locali e forniscono tutta la documentazione richiesta. Questi controfirmano il verbale steso dall'ATS.

Il Verbale di vigilanza è consegnato in copia al Presidente che ne dà informativa al Comitato di Gestione e all'OdV.

Soggetti coinvolti: Direttore, Responsabile Sanitario e/o Medico di Unità Operativa, Coordinatore Infermieristico, Presidente, Comitato di Gestione, OdV.

Rischio reato: Basso

Ispezioni in materia di igiene degli alimenti

Art.25 ter, comma 1, lett.s-bis: corruzione fra privati.

Il Direttore è delegato dal Presidente a seguire le ispezioni in materia di igiene degli alimenti in qualità di rappresentante dell'Istituto. La Società ha delegato propri operatori.

Il Verbale di Vigilanza, firmato dal Direttore, è consegnato in copia al Presidente che ne dà informativa al Comitato di Gestione e all'OdV.

Soggetti coinvolti: Direttore, Presidente, Comitato di Gestione, OdV.

Rischio reato: Basso

Ispezioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

Il Direttore -o soggetto da lui subdelegato- è delegato dal Presidente a seguire le ispezioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro in qualità di rappresentante dell'Istituto. La Società ha delegato propri operatori.

L'R.S.P.P. dell'Istituto fornisce i documenti richiesti e agevola l'accesso ai vari locali.

Il Verbale di Vigilanza, firmato dal Direttore, è consegnato in copia al Presidente che ne dà informativa al Comitato di Gestione e all'OdV.

Soggetti coinvolti: Presidente, Direttore, R.S.P.P., Comitato di Gestione, OdV.

Rischio reato: Basso

Ispezioni in materia tributaria, disciplina del lavoro e obblighi contributivi.

Le ispezioni avvengono generalmente senza preavviso. Gli ispettori, se assente il Legale rappresentante, sono seguiti dal Direttore e dal responsabile dell'ufficio amministrazione, che producono tutta la documentazione richiesta. La documentazione fiscale, contributiva ecc. è conservata presso l'Ufficio amministrazione o, se riferita agli esercizi precedenti, nell'archivio dell'Istituto.

La Società ha delegato propri operatori.

Il Verbale di Ispezione, firmato dal Direttore, è consegnato in copia al Presidente che ne dà informativa al Comitato di Gestione e all'OdV.

Soggetti coinvolti: Direttore, Responsabile amministrazione, Presidente, Comitato di Gestione, OdV.

Rischio reato: Basso

AREA GESTIONE PERSONALE

Organigramma e funzionigramma (mansionario), dotazione organica

La dotazione organica delle unità operative a carattere sanitario-assistenziale è fissata dal Direttore tenendo conto degli standard regionali di accreditamento e dai bisogni espressi dalla tipologia di ospiti residenti. Alla Società è fatto obbligo di garantire la costante presenza di organici adeguata e della costante copertura della turistica con le professionalità predeterminate dal contratto di appalto. Eventuali potenziamenti numerici della forza lavoro complessiva, anche dei servizi a carattere non sanitario, sono sempre deliberati dal Comitato di Gestione, su proposta del Direttore.

E' definito l'organigramma che prevede le responsabilità all'interno dell'Istituto. Ogni operatore collabora alla definizione e aggiornamento dei piani di lavoro (mansionari) in virtù di variabili quali la modifica dell'organizzazione.

La Società definisce il proprio organigramma.

La formazione del personale sanitario e assistenziale è annualmente programmata dalla Società in collaborazione con il Direttore sulla base delle normative cogenti, delle necessità assistenziali degli ospiti residenti, delle disposizioni ATS e dei progetti a cui L'Istituto decide di aderire.

Il piano formativo per il personale dell'Istituto è programmato sulle necessità di implementare nuove attività o legate alla sicurezza sul lavoro. Il piano formativo può prevedere anche eventi aperti a persone esterne con richiesta, in alcuni casi, di pagamento di una quota di iscrizione.

Gli attestati e i diplomi relativi alla formazione conseguita sono inseriti nel fascicolo personale a cura dell'ufficio segreteria-accoglienza.

Selezione del personale

Reati ipotizzabili: Art.25 quater Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico; art. 25 ter, comma 1. lett. s-bis)Corruzione tra privati.

L'avvio di ogni procedura di reclutamento di personale è preventivamente autorizzata dal Presidente.

I colloqui sono svolti dal Direttore. Generalmente per le attività di selezione si considerano le candidature/curriculum pervenute all'Istituto. Nella maggior parte dei casi i candidati esprimono loro disponibilità consegnando a mano o recapitando, anche via mail, il proprio curriculum vitae datato e firmato presso gli uffici dell'Istituto. Le candidature sono classificate in base alla professione ed archiviate in ordine cronologico (vengono conservati agli atti per almeno due anni).

I criteri che stanno alla base dell'individuazione del candidato prescelto per l'assunzione sono indicati in apposita relazione indirizzata al Comitato di Gestione.

Per gli incarichi libero professionali le designazioni vengono fatte dal Presidente su proposta del Direttore.

La Società ha la diretta responsabilità di tutto il processo di selezione del personale afferente ai vari servizi in appalto. E' fatto obbligo di fornire, prima dell'inizio dell'attività lavorativa, all'Istituto, tutta la documentazione comprovante le generalità, il possesso dei requisiti di studio, di cittadinanza e di tutto quanto previsto dalla normativa vigente e dalle regole contrattuali di appalto di ogni operatore assunto. Essenziale la comprovata conoscenza della lingua italiana.

Soggetti coinvolti: Direttore, Presidente, Comitato di Gestione, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

Rischio reato: Basso

Assunzione personale extra comunitario

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

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

La Società ha la diretta responsabilità di tutto il processo di selezione del personale afferente ai vari servizi in appalto. E' fatto obbligo di fornire, prima dell'inizio dell'attività lavorativa, all'Istituto, tutta la documentazione comprovante le generalità, il possesso dei requisiti di studio, di cittadinanza e di tutto quanto previsto dalla normativa vigente e dalle regole contrattuali di appalto di ogni operatore assunto.

Soggetti coinvolti: Direttore, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

Rischio reato: Basso

Requisiti del personale e collaboratori

Prima di far sottoscrivere il contratto individuale di lavoro e/o il contratto d'incarico per parasubordinati, l'Ufficio segreteria-accoglienza acquisisce dall'interessato, in copia, l'eventuale titolo di studio richiesto e certificato dell'eventuale iscrizione a collegio-ordine-albo professionale. La documentazione viene conservata nel fascicolo personale del lavoratore. La stessa procedura è seguita per la stipula dei contratti d'incarico a libero professionisti. Il contratto d'incarico prevede sempre il possesso da parte del libero professionista di una polizza di responsabilità civile verso terzi.

Opera c/o l'Istituto una associazione di volontariato (Associazione Amici della Casa) con la quale vige specifica convenzione a rinnovo annuale. L'opera dei volontari è di mero supporto al lavoro del personale in servizio e sempre in esubero rispetto agli standard organizzativo gestionali.

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

I turni orari di presenza, gli orari di lavoro, i riposi settimanali, le ferie ecc. dei singoli dipendenti sono programmati dal Direttore, ad eccezione di quelli del personale medico che vengono coordinati dal Responsabile Sanitario.

Il direttore ha l'obbligo di effettuare l'orario minimo di lavoro settimanale ma non quello di rispettare orari di ingresso – uscita, che regola in base alle esigenze di servizio come previsto dal contratto di lavoro.

Il servizio di reperibilità interessa il personale medico ed è coordinato dal Responsabile Sanitario.

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

Gli appalti di servizi, contratti libero professionali o di lavoro parasubordinato vengono sempre deliberati dal Comitato di Gestione. In questa sede il Direttore esprime sempre la propria valutazione circa il rispetto della normativa a contrasto di pseudo appalti e pseudo incarichi libero professionali.

A partire dai disciplinari d'incarico che verranno sottoscritti dall'anno 2014 verrà inserita apposita clausola con la quale il professionista dichiara, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi che ha in essere, il rispetto della normativa relativamente alla turnazione ed alla durata dei riposi minimi.

La Società ha la diretta responsabilità di tutto il processo di corretta applicazione dei contratti collettivi di lavoro e norme in materia di lavoro - turnistica del personale afferente ai vari servizi in appalto. Ha l'obbligo di fornire all'Istituto tutta la documentazione comprovante il rispetto delle normative cogenti in materia di lavoro e turnistica.

Contenimento turn over

Periodicamente è chiesto agli operatori, tramite incontro, di esprimere eventuali problematiche legate all'organizzazione del lavoro

Per prevenire i disagi connessi a rilevante turn-over degli operatori, l'Istituto mantiene ai propri dipendenti, anche di nuova assunzione, il contratto della Sanità Privata che riserva prerogative non solo economiche di miglior favore rispetto ad altri contratti applicati al mondo socio-sanitario. L'avvicendamento di personale è pressoché inesistente.

La Società ha la diretta responsabilità su tutto il processo di contenimento turn over del personale dedicato ai servizi in appalto.

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

Art. 25 ter, comma 1, lett.s-bis: corruzione tra privati.

Il personale dedicato agli uffici è in grado di rispondere anche ad assenze temporanee garantendo la continuità del servizio. In caso di assenze prolungate di un operatore amministrativo è richiesta al Comitato di Gestione autorizzazione all'assunzione di operatore a tempo determinato.

Il personale medico garantisce l'istituto della reperibilità 24 ore al giorno per 365 giorni la settimana.

Per quanto concerne elettricità, calore, ascensori e tutto quanto possa incidere sul benessere degli ospiti residenti, l'Istituto ha stipulato contratti di manutenzione ordinaria e straordinaria anche a carattere di risposta alle urgenze con ditte specializzate. In orari di ufficio, le richieste di intervento, sono effettuate dal personale amministrativo dell'Istituto, mentre in altri orari la responsabilità è affidata al personale infermieristico in turno della Società. E' a disposizione degli operatori elenco aggiornato delle ditte interessate con relativi recapiti telefonici.

Timbrature e/o registri presenze

La verifica delle presenze assenze è effettuata in loco dall'ufficio segreteria-accoglienza tramite l'apposito sistema di rilevazione di entrate ed uscite.

Tutto il personale è dotato di badge che utilizza per timbrare gli ingressi e le uscite che vengono acquisite nel sistema di rilevazione delle presenze.

La Società ha la diretta responsabilità di tutto il processo inerente le timbrature del personale dedicato ai servizi appaltati. Mensilmente è fatto obbligo di fornire documentazione comprovante le ore effettuate dal personale afferente a standard (accreditamento) con scorporo delle ore dedicate a formazione, riunioni e coordinamento.

Questionari

Procedure per rilevazione dati soddisfazione operatori e piani di miglioramento.

Periodicamente, il personale dell'Istituto, si incontra per valutare il clima aziendale e per programmare attività di miglioramento.

Annualmente è richiesto alla Società una relazione inerente la valutazione del grado di soddisfazione espresso dai propri dipendenti e le attività conseguenti per un miglioramento continuo.

AREA SICUREZZA E SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO – REQUISITI STRUTTURALI
Reato ipotizzabile: art.25 septies (omicidio colposo e lesioni gravi colpose in caso di infortunio sul lavoro); Art. 452 septies C.P. (Impedimento dei controlli riguardanti la sicurezza e la salute sul lavoro).

Il Presidente è il legale rappresentante dell'Istituto e il Datore di lavoro.

L'Istituto è dotato di un Documento di Valutazione dei Rischi, aggiornato periodicamente con la collaborazione di un consulente professionista esterno, nominato dal Comitato di Gestione. Il Documento di valutazione rischi è approvato dal Presidente quale datore di lavoro. Nel corso dell'anno, in caso di necessità, si svolgono incontri per valutare le eventuali problematiche insorte.

A fine anno, viene organizzata la riunione annuale con la presenza del Presidente, del Responsabile Sicurezza Prevenzione e Protezione (di seguito R.S.P.P.), del Medico competente e del Direttore.

Il Presidente o suo delegato nomina il Medico competente, il quale programma ed effettua la sorveglianza sanitaria. Egli redige una relazione periodica. Effettua la visita di idoneità a tutti i neo assunti.

Viene rispettata la normativa della Regione Lombardia in ordine alla figura del R.S.P.P., questi è un libero professionista in possesso dei requisiti e delle competenze previste dalla normativa cogente per ricoprire il ruolo.

L'organigramma funzionale in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, anche per l'emergenza, è approvato dal Presidente o da suo delegato.

L'R.S.P.P. con la collaborazione della direzione e del medico competente, programma e cura lo svolgimento della formazione obbligatoria in ambito di sicurezza. Esiste un piano di emergenza ed evacuazione, costantemente aggiornato dall'R.S.P.P. e direzione in stretta collaborazione con l'R.S.P.P. della Società a cui sono affidati i servizi assistenziali e alberghieri dell'Istituto.

Durante l'anno, sotto la vigilanza dell'R.S.P.P. dell'Istituto in collaborazione con l'R.S.P.P. della Società si organizzano e curano prove di evacuazione con ripresa di aspetti formativi sul corretto utilizzo dei mezzi e dispositivi di protezione collettiva (rilevatori fumo, estintori ecc).

La Direzione in collaborazione con l'Ufficio amministrazione e l'R.S.P.P. redigono e aggiornano i protocolli in utilizzo e curano l'attuazione dei piani di manutenzione per le attrezzature ed impianti definiti pericolosi nel Documento di Valutazione Rischi.

L'Ufficio amministrazione organizza, cura l'effettuazione (per il tramite dei manutentori interni e/o ditte specializzate incaricate dal Comitato di Gestione), sorveglia e annota su registro le

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

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

Per tutti i prodotti chimici presenti in Istituto, la Società ha obbligo di fornire e conservare una raccolta delle schede tecniche e di sicurezza, nonché di curare la formazione, l'addestramento sull'uso dei prodotti chimici del personale addetto e il rispetto dei protocolli.

La Società ha la diretta responsabilità di tutto il processo di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro dei propri dipendenti. Ha l'obbligo di fornire tutti dispositivi di protezione collettiva ed individuale con la relativa formazione al loro utilizzo. Di programmare e curare lo svolgimento della formazione obbligatoria dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, dei preposti e di tutto il personale dipendente in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro anche per quanto concerne le manovre rapide e i dispositivi di protezione (esempio: uso del sollevatore, movimentazione ospite, rischio biologico), della squadra antincendio e di primo soccorso. Di collaborare alle prove di evacuazione e simulazione urgenze. **I soggetti preposti e la società hanno l'obbligo della regolare e tenuta di tutta la documentazione riguardante la L. 626 e si impegnano alla trasparenza ed alla collaborazione soprattutto in caso di ispezioni e controlli di legge.**

Soggetti coinvolti: Presidente, Comitato di Gestione, R.S.P.P., Medico competente, Direttore, Ufficio amministrazione, Preposto, Squadra antincendio, Addetti al primo soccorso

Rischio reato: Medio

HACCP

L'Istituto ha demandato alla Società tutta la responsabilità sul servizio di ristorazione comprensivo del piano di autocontrollo Haccp.

L'Istituto vigila sul rispetto delle norme tramite il Direttore e il Responsabile Sanitario, quest'ultimo autorizza per scritto i menù stagionali e le diete speciali.

AREA INFORMATICA

Reati ipotizzabili art.24 bis (Delitti informatici e trattamento illecito di dati, in particolare: Falsità in un documento informatico pubblico o avente efficacia probatoria - art. 491-bis codice penale; Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico - art. 615-ter, Detenzione o diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici: 615 quater, Diffusioni di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico:art. 615 quinquies; Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche: art. 617 quater; Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire ed interrompere comunicazioni informatiche o telematiche: 617 quinquies; Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici: art. 635 bis; Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità: art. 635 ter; Danneggiamento di sistemi informatici: art. 235 quater; Danneggiamento di sistemi informatici di pubblica utilità: art. 235 quater; Frode informatica; art. 640 ter codice penale)

Le aree di attività ritenute più specificamente a rischio sono state circoscritte alle seguenti:

- utilizzo della rete di Istituto, posta elettronica e accesso a Internet.
- Gestione della rete informatica di Istituto e sicurezza informatica
- Trasmissione di documenti in formato elettronico alla PA
- -Gestione di accessi a sistemi informatici o telematici utilizzati dalla PA o da privati per la trasmissione di documenti ed informazioni.

L'Istituto dispone di un Documento sulla sicurezza, aggiornato annualmente, redatto in collaborazione con un consulente esterno, contenente anche la policy per evitare l'accesso abusivo al sistema informatico.

Responsabile della sicurezza dei dati è il responsabile Ufficio amministrazione, che si avvale della consulenza di un professionista esterno.

I soggetti che possono accedere ai dati informatici sono i dipendenti amministrativi dell'Istituto, il Direttore, Il Responsabile Sanitario e i medici di unità operativa secondo i settori di competenza.

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

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

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

Soggetti coinvolti: Presidente, Consulente esterno, Responsabile Sanitario, Direttore, Ufficio amministrazione

Rischio reato: Basso

AREA DIRITTI D'AUTORE

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

- *Pubblicazione non autorizzata su internet (sito, youtube ecc.) di opere dell'ingegno protette (musica, libri ecc.), anche in parte (art. 171, comma 1 a-bis)*

- *Abusiva copiatura di programmi per elaboratore, detenzione di relativi supporti non contrassegnati Siae, elusione dei sistemi di protezione dei programmi stessi, riproduzione abusiva di banche dati (art. 171-bis);*

- *Abusiva detenzione, copiatura, proiezione o diffusione in pubblico di dischi, CD, files, videocassette e simili con musica, films, teatri ecc. – Libri e simili: abusiva copiatura o diffusione in pubblico (art. 171-ter L. n. 633/1941);*

- *Fraudolento utilizzo o manomissione di decoder per trasmissioni televisive (art. 171-octies L. n. 633/1941).*

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

L'amministratore del sito internet dell'Istituto è edotto circa il divieto di pubblicazione di musica, libri, testi, immagini o filmati coperti dal diritto d'autore.

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

La diffusione al pubblico di musiche, video ecc, come pure l'organizzazione di spettacoli, intrattenimenti o simili eventi, aperti al pubblico, con musiche, canti, prosa, poesia ecc, coperta da diritto d'autore e del produttore discografico, è affidata al servizio di animazione gestito dalla Società. La direzione dell'Istituto vigila sul rispetto delle norme cogenti

Soggetti coinvolti: Ufficio amministrazione, Consulente esterno, Direttore, Responsabile animazione

Rischio reato: Basso

AREA UTENZA

Tutela della persona dell'utente

Reato ipotizzabile art.25 quater : Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili;

art.25 quinquies: Delitti contro la personalità individuale

Il Responsabile Sanitario vigila al fine di evitare la agevolazione di pratiche chirurgiche come la mutilazione genitale degli organi femminili.

L'Istituto non è attrezzato ne autorizzato per l'esecuzione di interventi chirurgici.

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

Soggetti coinvolti: Responsabile Sanitario, Medici di unità operativa, Direttore

Rischio reato: Medio

Liste d'attesa, accesso alle prestazioni, carta dei servizi, contratto d'ingresso, rette e tariffe

Art. 25 ter, comma 1, s-bis) Corruzione tra privati.

Tutto il sistema delle domande di ingresso è stato informatizzato da ATS che ha stabilito i criteri di funzionamento del sistema.

L'ufficio segreteria provvede a fornire tutte le informazioni inerenti la tipologia dei servizi erogati dall'Istituto e i requisiti per l'accoglienza.

L'ufficio segreteria-accoglienza verifica nel sistema la posizione in lista d'attesa e contatta l'utente per proporre l'ingresso.

Le informazioni sulle posizioni in lista d'attesa arrivano dal sistema secondo i criteri prefissati.

Presso il Centro Diurno Integrato (di seguito CDI) è in vigore un colloquio di pre-ingresso presso l'Istituto. L'incontro è tenuto dal medico di unità operativa e dal coordinatore infermieristico.

La lista d'attesa è tenuta dall'ufficio segreteria-accoglienza in base alla data di presentazione della domanda di ingresso e alla coerenza con i requisiti previsti dal regolamento ATS.

Le rette della RSA e del CDI sono annualmente approvate con delibera dal Comitato di Gestione. Il modulo con indicate gli importi è allegato alla Carta dei servizi, pubblicato sul sito web e a disposizione presso l'ufficio segreteria-accoglienza.

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

Le fatture relative alle rette e alle spese a carico dell'ospite vengono emesse all'inizio di ogni mese per la RSA e per la fine di ogni mese per il CDI a cura dell'Ufficio amministrazione. Le stesse devono essere pagate con Bonifico Bancario.

La certificazione ai fini fiscali viene rilasciata per tempo a cura dell'Ufficio amministrazione.

Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi è stata elaborata secondo le indicazioni normative vigenti, è aggiornata ogni qual volta si renda necessario. E' approvata dal Comitato di Gestione con apposita delibera.

La Carta dei servizi è a disposizione presso l'ufficio segreteria-accoglienza e sul sito web dell'Istituto, è consegnata all'ingresso in struttura, a chi ne fa esplicita richiesta e all'ATS in caso di modifiche.

Linee guida, Piani assistenziali, Cartelle cliniche et similia .

Reati presupposto ex art. 24 bis D.Lgs 231/2001.

Le linee guida/protocolli sono redatti dal Responsabile qualità in collaborazione con le figure professionali interessate secondo le indicazioni normative e secondo il bisogno emergente.

I protocolli sono redatti secondo le procedure identificate dal sistema per la gestione processi qualità in essere nell'Istituto.

I protocolli sono a disposizione nelle unità operative e presso l'ufficio segreteria-accoglienza. Sono aggiornati almeno ogni tre anni o al mutare delle esigenze.

Ogni protocollo prevede specifiche responsabilità in merito al controllo dell'applicazione delle varie procedure.

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

Il Fascicolo socio sanitario assistenziale (Fasas) è informatizzato ed è applicato in RSA e in CDI.

Nel fascicolo sono anche contenuti i piani assistenziali, i piani riabilitativi, i piani educativi che sono progettati e valutati periodicamente dall'equipe curante.

I Sospesi della RSA e del CDI sono compilati dal medico di unità operativa e inseriti nel programma informatico per la parte di competenza, successivamente vengono elaborati i dati e quindi inviati dal personale amministrativo in ATS con cadenza trimestrale.

Customer satisfaction

Annualmente sono somministrati questionari di soddisfazione a tutti gli ospiti della RSA e del CDI.

Gli utenti possono, in casi di difficoltà nella compilazione, essere aiutati da famigliari.

L'elaborazione dei dati raccolti viene analizzata dalla Direzione in collaborazione con il Responsabile Sanitario e quindi pubblicizzata tramite esposizione in bacheca.

La Direzione si rende disponibile ad incontrare ospiti e famigliari interessati ad approfondire i risultati emersi dall'elaborazione dei questionari o a qualsiasi problematica relativa ai servizi erogati.

I risultati dei questionari sono a disposizione del personale ATS incaricato della vigilanza.

Farmacia

In Istituto sono stati elaborati protocolli secondo il sistema gestione qualità inerenti: la gestione farmaci, la gestione prontuario farmaceutico, la gestione sostanze stupefacenti con carico e scarico sull'apposito registro.

AREA AMBIENTE:

Resti ipotizzabili: Art. 25 undecies L. 231/2001.

-Inquinamento ambientale doloso e colposo. Art. 452 quinquies C.P. in relazione all'art. 452 bis C.P.; - Impedimento dei controlli in materia ambientale. Art. 452 septies C.P.; Aggravante ambientale; Art. 452 nonies C.P. **Leggi speciali:-** Discarica non autorizzata (art. 256, commi 1 e 3, d.lgs. 152/06);- Violazione obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari (art. 258, comma 4, secondo periodo, del d.lgs. 152/06); Sistema informativo di controllo della tracciabilità dei rifiuti [art. 260-bis, commi 6, 7 (secondo e terzo periodo), 8 (primo e secondo periodo) d.lgs. 152/06..

Devono ritenersi interessati dalla normativa in questione i preposti alla sorveglianza ed ai controlli delle attività di lavanderia, degli scarichi fognari, delle immissioni dei fumi delle caldaie nonché i soggetti preposti ai controlli in materia ambientale e di sicurezza e igiene sul lavoro, il legale rappresentante ed i soggetti muniti di deleghe specifiche.

Sistema prevenzione rischio da reato. Interventi di natura generale preventiva: predisposizione di

corsi informativi e di aggiornamento sulla materia del D.L.231/2001 rivolti ai soggetti e successive modifiche.

Inquinamento idrico. I preposti dovranno effettuare verifiche periodiche, tramite Sodexo, per verificare che non siano in uso, presso la lavanderia, sostanze pericolose ai sensi del D.L. 152/2006.

Inquinamento dell'atmosfera: I preposti dovranno effettuare verifiche periodiche sulle emissioni degli scarichi di caldaie e cucine.

Rischio commissione reati: Basso

Sistema prevenzione rischio da reato: Il personale infermieristico deposita taglienti e pungenti nel contenitore halibox e il restante materiale potenzialmente infetto nel contenitore halipak. Il contenitore halibox viene successivamente inserito nel contenitore halipak che a sua volta viene chiuso e contrassegnato con unità operativa di appartenenza e data di chiusura. Il contenitore viene depositato in apposito locale e successivamente viene data comunicazione dello stoccaggio all'Ufficio amministrazione.

L'Ufficio amministrazione registra il carico del Rifiuto speciale sul registro di Carico / Scarico rifiuti in attesa che la ditta preposta ogni mese provveda al suo trasporto e smaltimento.

La Ditta preposta al trasporto, smaltimento dei Rifiuti Speciali prima del servizio compila il Formulario di Identificazione dei Rifiuti Trasportati e successivamente l'Ufficio amministrazione registra lo scarico sul registro di Carico / Scarico.

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

L'Ufficio amministrazione ha attivato anche il Sistri, sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti in maniera elettronica (dm 52 del 18 febbraio 2011). L'Istituto è in possesso di dispositivo USB funzionante ma la sua operatività è sospesa come da Decreto Semplificazioni (D.M. n.126 del 24 aprile 2014) che esclude dall'obbligo di iscrizione al Sistri gli Enti e le Imprese produttori iniziali di rifiuti speciali pericolosi che occupano fino a dieci dipendenti.

Soggetti coinvolti: Ufficio amministrazione, Coordinatore infermieristico

Rischio reato: Basso

SISTEMA DI PREVENZIONE DEI RISCHI REATO

1) PREMESSA

Per costruire un sistema organizzativo in grado di prevenire in modo effettivo ed efficace la commissione dei “reati presupposto” all’interno dell’Istituto, è necessario redigere dei protocolli di natura generale e di natura particolare, utili ad indirizzare le condotte di tutti i soggetti che operano per conto della stesso.

Sono state preliminarmente definite le linee generali di condotta (paragrafo 2-a), rivolte ai soggetti apicali e subordinati operanti per l’Istituto.

I protocolli generali (paragrafo 2-b) disciplinano il procedimento decisionale del Comitato di Gestione e del Presidente datore di lavoro in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e la gestione delle risorse finanziarie.

La serie di protocolli speciali (paragrafo 3), sono volti a ridurre al minimo il rischio di commissione dei “reati presupposto” nelle attività individuate come a maggior rischio nella su estesa parte I.

2) PROTOCOLLI GENERALI DI PREVENZIONE

a) **Linee generali di Condotta.**

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

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

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

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

Ogni documentazione indirizzata a pubbliche amministrazioni o enti pubblici, sottoscritta dal Presidente, dovrà essere preventivamente soggetta a parere di idoneità da parte del Direttore o del Responsabile Sanitario, secondo le rispettive competenze.

Ogni movimentazione di denaro e fondi da parte dell'Istituto dovrà essere registrata documentalmente, con specifica indicazione di autori e beneficiari.

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

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

Il Comitato di Gestione, il Presidente, il Direttore e il Responsabile Sanitario sono tenuti alla reciproca informazione e consulenza ogniqualvolta l'attività dell'uno possa riguardare la competenza dell'altro. A tale scopo avranno luogo riunioni periodiche informative, con la partecipazione di Presidente, Direttore, Responsabile Sanitario, eventuali Consiglieri e altre figure responsabili. Se gli argomenti attengono aree a rischio di "reato presupposto" se ne darà preventiva comunicazione all'Organismo di Vigilanza che potrà intervenire.

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

E' dovere del superiore gerarchico esigere il rispetto delle prescrizioni da parte delle figure sottoposte. Costituiscono inadempienza sanzionabile sia il mancato controllo e coordinamento dei

sottoposti, sia gli atteggiamenti di tolleranza delle violazioni, sia la mancata segnalazione delle inadempienze all'organismo interno preposto all'irrogazione delle sanzioni.

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

Deleghe

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

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

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

Il Comitato di Gestione e il Presidente verificano e controllano i provvedimenti assunti dai soggetti rispettivamente delegati e l'esecuzione datane.

I consiglieri con deleghe attribuite dal Comitato di Gestione, nel corso delle sedute, informano i colleghi sulle operazioni compiute e sulle iniziative che intendono intraprendere. Di ciò ne viene dato atto nel verbale della seduta del comitato.

b) Protocollo generale per le delibere del Comitato di Gestione.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore

1 - Iniziativa

L'iniziativa sulle deliberazioni del Comitato di Gestione spetta al Presidente e ad ogni Consigliere.

Il Presidente convoca il Comitato di Gestione nei modi e tempi previsti dallo Statuto.

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

2 - Attività preliminari alla delibera

Il Presidente verifica la regolare composizione e convocazione del Comitato di Gestione, secondo quanto stabilito dallo Statuto.

Il Presidente, mette a disposizione di Consiglieri e Organismo di vigilanza (se l'argomento riguarda rischi di "reato presupposto"), la documentazione, le informazioni e acquisisce ogni parere utile, per consentire l'espressione di opinioni e voti in modo informato.

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

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

3 - Forma e registrazione delle delibere

Nel corso delle sedute del Comitato di Gestione il Segretario redige un verbale, recante data, elenco dei presenti, deliberazioni adottate ed esito delle votazioni. Pone in evidenza i voti contrari (quando la votazione è palese) e gli astenuti. Nel verbale dà sinteticamente atto delle opinioni espresse. Dà obbligatoriamente conto, in forma sintetica, di ogni opinione contraria alla delibera assunta a maggioranza. I verbali sono firmati dal Presidente.

Tutti i verbali delle sedute sono raccolti in apposito contenitore e conservati anche in formato elettronico dal Direttore. E' vietato distruggere o manomettere i verbali. Il Direttore trasmette all'Organismo di Vigilanza copia delle delibere, qualora abbiano attinenza a rischi di "reato presupposto". Tutti i verbali vengono trasmessi dal Segretario o dal Direttore al Consiglio di Chiesa come da Statuto.

4 - Esecuzione delibere del Comitato di Gestione

Nella delibera il Comitato di Gestione individua il soggetto incaricato di attuarla, con il relativo termine.

5 - Controllo

Il Comitato di Gestione verifica la conformità dell'esecuzione a quanto deliberato.

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività provvede all'inoltro della documentazione per la archiviazione nelle forme più appropriate alla direzione.

7 - Conservazione

Le convocazioni e i verbali delle sedute del Comitato sono conservati dal Direttore.

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

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore

1 - Iniziativa

Il Presidente assume provvedimenti su propria iniziativa solo nei casi previsti dallo Statuto al paragrafo 7.2.1

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

2 - Attività preliminari al provvedimento

Il Presidente verifica preliminarmente se il provvedimento da assumere rientra nelle competenze proprie o a lui delegate. Qualora esuli dai propri poteri, convoca il Comitato di Gestione anche in seduta straordinaria.

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

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

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

3 - Provvedimenti

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

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

4 - Esecuzione del provvedimento

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

5 - Controllo

Il Comitato di Gestione ratifica i provvedimenti adottati dal Presidente e l'esecuzione datane nella prima seduta utile del Comitato.

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività provvede all'inoltro della documentazione per la archiviazione nelle forme più appropriate alla direzione.

7 - Conservazione

Le convocazioni e i verbali delle sedute del Comitato sono conservati dal Direttore.

d) Protocollo generale per la gestione delle risorse finanziarie.

Figure coinvolte: Presidente, Consiglieri, Direttore, Ufficio amministrazione

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

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

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

I pagamenti e le riscossioni dell'Istituto avvengono tramite canali bancari e/o postali salvo quanto consentito dalle attuali normative in materia monetaria.

La gestione del denaro contante è consentita alle sole persone autorizzate dal Comitato di Gestione.

L'autorizzazione è limitata a riscossioni e pagamenti per causali predeterminate e di modica entità.

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

Il Comitato di Gestione approva specifici regolamenti sulla gestione, rendicontazione e verifica dei flussi di contante come previsto dalle procedure in essere e in allegato

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

Figure coinvolte: Comitato di Gestione, Presidente e suoi delegati, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, Medico competente.

1 - Iniziativa

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

2 - Attività preliminari alla decisione

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

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

3 - Assunzione della decisione e flussi informativi sulla decisione

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

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

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

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

4 - Esecuzione della decisione

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

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

Sull'esecuzione delle decisioni viene costantemente tenuto aggiornato il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

5 - Controllo

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

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

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

6 - Tracciabilità

Per ogni fase, richiesta di informazione, predisposizione di documenti e di relazioni informative, il soggetto che ha svolto detta attività provvede all'inoltro della documentazione per la archiviazione nelle forme più appropriate alla direzione.

7 - Conservazione

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

8 - Pubblicità della decisione

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

3) PROTOCOLLI SPECIFICI DI PREVENZIONE

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

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

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

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

Figure coinvolte: Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza, Studio Commercialista

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

Le fatture e le altre operazioni contabili inerenti alla riscossione di danaro da parte dell'ATS, Regione o altri enti ed amministrazioni pubbliche sono comunicate al Direttore, con indicazione di debitore, causale e importo.

Le fatture o ogni altro atto contabile si basano su specifica documentazione giustificativa, derivante dall'attività dell'Istituto.

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

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

E' vietato alterare, modificare, cancellare il contenuto dei documenti.

E' vietato:

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

Lo studio commercialista convenzionato, a cadenze quadrimestrale o in ogni altro momento opportuno, verifica la corrispondenza tra i documenti contabili emessi e la documentazione giustificativa, accertandone la regolarità.

g) Protocollo speciale per la redazione di documentazione sanitaria.

Figure coinvolte: Presidente, Responsabile Sanitario, Medici, Coordinatore Infermieristico, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria-accoglienza, Ufficio amministrazione

I documenti sanitari sono tutti gli strumenti informativi redatti dagli operatori dell'Istituto, volti a descrivere le informazioni anagrafiche, sanitarie, infermieristiche, fisioterapiche, assistenziali, educative relative a ciascun utente.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, rientrano tra i documenti sanitari: il "Fascicolo sanitario e sociale" (Fasas), il "Piano Assistenziale Individuale", la "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" (Sosia), i certificati medici.

Il Fascicolo sanitario, il Piano di Assistenza Individuale e la Scheda di osservazione intermedia sono informatizzati e per la loro redazione e consultazione si rimanda anche alle regole che governano il sistema informatico di istituto.

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

I documenti sanitari devono possedere le seguenti caratteristiche:

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

E' vietato:

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

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

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le cartelle sanitarie sono redatte dal Responsabile Sanitario o dai medici incaricati;
- i Piani assistenziali individuali sono redatti dal Responsabile Sanitario, dai medici incaricati, dagli infermieri, da fisioterapisti, dagli educatori, dal personale di supporto, nelle sezioni di rispettiva competenza;
- i Sosia e simili sono redatti dal Responsabile Sanitario o dai medici incaricati, così come ogni certificato medico; tenuto conto del protocollo di gestione e utilizzo dei sistemi informatici (a pag. 56)

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

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

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere documenti sanitari e i dati ivi contenuti che dovranno essere debitamente conservati ed archiviati. Eventuali rettifiche sono autorizzate dal Responsabile Sanitario o da medici incaricati.

I documenti eliminati non si possono materialmente distruggere ma solo barrare. Le parti modificate devono rimanere leggibili.

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

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

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

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

Figure coinvolte: Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Responsabile Sanitario, Ufficio Amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

L'Istituto in ragione dei servizi svolti di natura sanitaria ed assistenziale, dispone di un accreditamento regionale ed acquisisce contributi pubblici nello svolgimento della propria attività.

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT

GORLE (BG)

via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

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

Nell'ambito dell'Istituto, a titolo esemplificativo, rientrano tra i suddetti documenti le relazioni mensili, trimestrali ed annuali indirizzate all'ATS, la Segnalazione di inizio attività per l'esercizio delle attività (Scia o Dia), le domande di accreditamento, le domande per contributi o agevolazioni fiscali di vario genere.

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

E' vietato:

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

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

Ogni documento è oggetto di verifica e controllo da parte del Direttore o del Responsabile Sanitario, secondo le rispettive competenze.

Domande

La presentazione a soggetti pubblici di qualsivoglia istanza, domanda e/o comunicazione/segnalazione d'inizio attività è deliberata dal Comitato di Gestione.

Il Direttore fornisce al Comitato di Gestione, a richiesta, la normativa inerente.

Chi ha contatti con amministratori, funzionari o addetti del soggetto pubblico destinatario, informa il Comitato di Gestione in merito alle ragioni, ai contenuti e all'esito.

L'istruttoria della pratica è curata dal Direttore e dal Presidente a cui spetta la firma dell'atto da inviare.

La delibera del Comitato di Gestione è comunicata ai soggetti, esterni preposti all'attuazione del provvedimento.

Rendicontazioni

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si precisa che:

- le rendicontazioni economiche trimestrali e/o mensili indirizzate all'ATS per la RSA e CDI sono compilate dall'Ufficio segreteria-accoglienza e dall'Ufficio amministrazione, ognuno per le parti di competenza, sulla scorta dei dati provenienti dai medici incaricati, che devono segnalare in tempo reale, per iscritto o in via informatica ogni ingresso, dimissione, decesso, interruzione temporanea del servizio (ricoveri ospedalieri ecc.), ed ogni evento che possa influire sugli aspetti economici del servizio reso (cambio classe Sosia, ecc.);
- le relazioni annuali indirizzate all'ATS in base alla normativa regionale in ordine alle varie unità operative (ad esempio la "scheda struttura" della RSA) vengono compilate, per quanto riguarda la parte finanziaria dall'Ufficio amministrazione e dall'Ufficio segreteria-accoglienza, per quanto riguarda gli standard orari del personale.

Le rendicontazioni si basano e trovano rapido e puntuale riscontro nella documentazione giustificativa, recante i controlli eseguiti, i criteri di valutazione utilizzati e le motivazioni di emissione. Tutte le rendicontazioni e la documentazione di riferimento è conservata ed archiviata, anche su supporti informatici, dall'Ufficio amministrativo e dall'Ufficio segreteria-accoglienza.

E' vietato alterare, modificare, cancellare, distruggere i documenti sopra descritti e i dati ivi contenuti.

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Responsabile Sanitario, medici di unità operativa, Coordinatore Infermieristico, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria-accoglienza, Ufficio Amministrazione, Consulente esterno

L'Istituto provvede a trasmettere documentazione rilevante ad enti ed amministrazioni pubbliche, mediante accesso diretto ai Sistemi informatici della Pubblica Amministrazione.

A tale scopo l'Istituto è stato dotato di credenziali per l'accesso a tali sistemi, consistenti in username e password personali.

Tali credenziali sono sempre diverse per ogni persona fisica con accesso ai sistemi.

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

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

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

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

Qualora l'Istituto riceva da parte dell'ATS o di altra amministrazione pubblica contestazioni sulla veridicità delle informazioni inserite nei sistemi informatici, l'Ufficio addetto informa il Direttore il quale provvede a darne informativa al Comitato di Gestione.

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

- *art. 491 bis codice penale - Falsità documenti informatici*
- *art. 615 ter codice penale - Accesso abusivo sistema informatico o telematico*
- *art. 615 quater codice penale - Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici*
- *art. 615 quinquies codice penale - Diffusione di attrezzature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico.*
- *art. 617 quater codice penale - Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche.*
- *art. 617 quinquies codice penale - Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire o interrompere comunicazioni telematiche.*
- *art. 635 bis codice penale - Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici*
- *art. 635 ter codice penale - Danneggiamento informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo stato o da altro ente o comunque di pubblica utilità*
- *art. 635 quater codice penale - Danneggiamento di sistemi informatici o telematici.*
- *art. 635 quinquies codice penale - Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità*
- *art. 640 ter codice penale - Frode informatica .*

- art. 171 legge 633/1941 - Delitti in materia di violazione diritti d'autore

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Medici, Coordinatore Infermieristico, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria-accoglienza, Ufficio Amministrazione, Consulente esterno

Per la tenuta delle informazioni contabili, gestionali e socio-sanitarie generali e delle singole unità operative, l'Istituto utilizza un pacchetto di programmi informatici integrati.

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

I soggetti autorizzati, sono il Direttore, il personale degli Uffici, il Coordinatore Infermieristico, il Responsabile Sanitario, i medici, gli infermieri, gli educatori e i fisioterapisti. Essi utilizzano gli strumenti informatici quali "utenti interni", nell'ambito ad esempio della gestione dei processi di amministrazione, contabilità, controllo di gestione, compilazione PAI, gestione cartelle cliniche, secondo profili di accesso diversi coerentemente alla mansione, ai compiti e alle responsabilità.

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

La gestione dei sistemi informatici è affidata ad un consulente esterno, nominato dal Comitato di Gestione.

Nella gestione dei sistemi informatici, inclusi i sistemi di terzi e/o forniti da terzi, il Consulente effettua le seguenti attività:

- definizione dei profili di accesso e attivazione al sistema informatico;
- manutenzione del sistema mediante controllo e verifica periodica delle eccezioni e/o anomalie;

- verifica di regolarità delle licenze d'uso dei software, accertando altresì l'adeguata conservazione e catalogazione.

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

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

Le username e le password vengono rilasciate dal Consulente, ai soggetti autorizzati dal Direttore, che specifica per ognuno anche il profilo personale di accesso.

Il Consulente tiene aggiornato un registro nominativo dei soggetti autorizzati e dei relativi profili di accesso, che può essere in qualunque momento visionato dall'Organismo di Vigilanza.

Ogni accesso ed operazione eseguita sul sistema informatico deve essere rintracciabile. Giornalmente ha luogo un back up, con salvataggio e registrazione di ogni informazione inserita, cancellata e/o modificata nel sistema informatico. L'Ufficio amministrazione o in sua assenza l'ufficio segreteria-accoglienza verifica che i back up si siano regolarmente conclusi.

Il Consulente conserva i back up eseguiti e comunica alla Direzione eventuali perduranti anomalie per i provvedimenti del caso.

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

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

E' vietato:

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

L'utilizzo della posta elettronica certificata è affidato all'Ufficio amministrazione, che detiene username e password.

L'Ufficio amministrativo archivia tali documenti, nonché i rapportini di invio e ricezione. Il Consulente, entro il primo semestre di ogni anno, consegna una relazione ove descrive le misure di sicurezza adottate, la sintesi dei controlli effettuati anche a fronte di eccezioni/anomalie rilevate e le

proposte migliorative. Il documento viene esaminato dalla Direzione e in caso di necessità ne viene data informativa al Presidente e al Comitato di Gestione.

k) Protocollo per la tenuta del sito internet dell'Istituto.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Ufficio amministrazione, Consulente esterno

L'Istituto dispone di un proprio sito internet www.caprotti-zavaritt.it per dare informazioni all'utenza e le pratiche gestibili on line.

L'accesso manutentivo al sito internet avviene tramite username e password in possesso all'Ufficio amministrazione e al Consulente, non comunicabili ad altri.

Ogni accesso ed operazione eseguita deve essere concordata con la direzione.

In allegato Documento Programmazione Sicurezza dei Dati

SEZIONE III - REATI PRESUPPOSTO EX ARTT. 24 TER E 25 DUODECIES D.LGS. 231/01

- **art. 416 codice penale - Associazione per delinquere**

- **art. 416 bis codice penale - Associazione di tipo mafioso**

- **art. 416 ter codice penale - Scambio elettorale di tipo mafioso**

- **art. 74 dpr 309/90 - Associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti o psicotrope**

- **art. 25 duodecies d.lgs. 231/01 - Impiego di lavoratori stranieri privi di permesso soggiorno**

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

l) Protocollo per la selezione, l'assunzione e la definizione del trattamento economico e la gestione del personale e per affidamento a professionisti di incarichi professionali

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

La necessità di assumere un lavoratore dipendente o di affidare un incarico a collaboratore coordinato o a progetto è segnalata dal Direttore al Presidente.

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

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

L'acquisizione delle candidature avviene su domanda degli aspiranti.

Nelle richieste di assunzione, i lavoratori indicano la formazione di base acquisita in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e degli intervenuti successivi aggiornamenti.

Le lettere di candidatura con curriculum sono catalogate e trattenute dall'Ufficio segreteria-accoglienza.

La selezione consiste in colloqui con alcuni dei candidati disponibili, effettuato dal Direttore, il quale provvede anche alla valutazione del grado di conoscenza parlata e scritta della lingua italiana.

Le assunzioni e gli incarichi sono deliberati dal Comitato di Gestione, che stabilisce il trattamento economico complessivo.

Per i rapporti di lavoro subordinato si applicano i contratti collettivi adottati dall'Istituto secondo delibera del Comitato di Gestione.

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

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

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

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

Sono vietati i comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento dei profili professionali;
- favoriscano soggetti in maniera indebita, ossia per valutazioni estranee all'aspetto professionale e/o attitudinale;
- operino discriminazioni di genere, età, origine razziale, etnica, opinioni politiche, credenze religiose, stato di salute, orientamento sessuale o condizioni economico-sociali ecc;
- agevolino il reclutamento di personale in assenza di regolare contratto di lavoro;
- consentano la definizione di condizioni economiche non coerenti con la posizione ricoperta e le responsabilità e/o i compiti assegnati;
- permettano condizioni di lavoro non rispettose della dignità personale e delle pari opportunità e un ambiente di lavoro non adeguato, in violazione delle disposizioni legislative in materia di lavoro e della normativa fiscale, previdenziale ed assicurativa;

Lavoratori stranieri

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

L'Ufficio segreteria-accoglienza segnala in tempo reale ogni problema o irregolarità al Direttore. Ne sarà informato il Comitato di Gestione e l'Organismo di vigilanza.

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Medici, Coordinatore Infermieristico, Ufficio segreteria- accoglienza

L'Istituto gestisce gli accessi ai vari servizi tramite liste d'attesa tenute da:

- per RSA e CDI: Ufficio segreteria-accoglienza, secondo i rispettivi regolamenti interni riportati nella Carta dei Servizi e nel Regolamento Ospiti

Sono vietati i comportamenti che:

- consentano la mancata tracciabilità delle fonti di reperimento delle informazioni relative a ciascun richiedente;
- favoriscano soggetti in maniera indebita, ossia per valutazioni estranee al bisogno sanitario e/o assistenziale del richiedente;
- operino discriminazioni per origine razziale, etnica, opinioni politiche, credenze religiose, stato di salute, orientamento sessuale, condizioni economico-sociali.

n) Protocollo per la gestione dei farmaci.

Figure coinvolte: Presidente, Responsabile Sanitario, Direttore, Coordinatore Infermieristico, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza, Medici, Infermieri

L'Istituto dispone di un servizio gestione farmaci centralizzato, affidato al Responsabile Sanitario, coadiuvato dal Coordinatore Infermieristico.

Il locale di deposito dei farmaci deve essere sempre chiuso a chiave. L'ingresso è riservato alle sole persone individuate dal Responsabile Sanitario.

Il Coordinatore Infermieristico provvede, in accordo con il Direttore all'ordine di acquisto farmaci con cadenza settimanale.

L'ufficio segreteria-accoglienza provvede all'accettazione dei farmaci al momento della consegna da parte della ditta fornitrice e provvede ad informare il Coordinatore dell'arrivo degli stessi.

I farmaci sono registrati in entrata ed in uscita dal coordinatore Infermieristico tramite specifico programma informatico.

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

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

Settimanalmente il Coordinatore verifica regolarità ed adeguatezza delle attività di stoccaggio, conservazione, scadenze dei farmaci. Verifica altresì la regolare tenuta dei registri e la presenza fisica dei farmaci indicati nel registro.

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

Nel reparto di degenza, i farmaci sono conservati in apposito armadio, costantemente chiuso a chiave, all'interno dell'infermeria con idonea temperatura. La quantità massima di farmaci in reparto è prestabilita dal Coordinatore Infermieristico in accordo con il Responsabile Sanitario sulla base delle necessità degli ospiti residenti.

Il personale infermieristico dell'unità operativa dispone di una propria chiave dell'armadio. Una copia della chiave è conservata presso l'Ufficio amministrazione. La chiave non va lasciata incustodita.

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

Periodicamente il Responsabile Sanitario esegue un controllo a campione sull'attività di stoccaggio, conservazione, tenuta delle scadenze dei farmaci. Verifica altresì la regolare tenuta dei registri e la presenza fisica dei farmaci indicati nel registro. Il Responsabile Sanitario segnala al Direttore ogni problematica, anomalia o ammanco nella gestione dei farmaci. Il Direttore comunica la problematica al Presidente e all'Organismo di Vigilanza, qualora abbia implicazioni in tema di "reati presupposto".

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

L'operatore del CDI che riceve i farmaci e la prescrizione medica relativa, consegna il tutto all'infermiere in turno che provvede allo stoccaggio degli stessi nel luogo predefinito. Sulla scatola

del farmaco consegnato è indicato, in modo chiaro e non modificabile, nome e cognome dell'utente. Lo stoccaggio e la conservazione dei farmaci consegnati è curato dal personale infermieristico.

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza, Responsabile servizio di prevenzione e protezione

L'Istituto ha rapporti continuativi con l'ATS, Regione, soggetti pubblici in generale e autorità di vigilanza.

Il Direttore intrattiene i rapporti con i funzionari dell'ATS, con le autorità e i funzionari comunali, provinciali e di ogni altra amministrazione o ente pubblico.

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

È vietato offrire, promettere o consegnare denaro, doni o altra utilità, anche per interposta persona, a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio.

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

- il Presidente, il Direttore e il Responsabile Sanitario, se attengono l'ambito sanitario, assistenziale, organizzativo e/o gestionale delle unità operative e della cucina;
- il Presidente, il Direttore e il Responsabile addetto al servizio oggetto del controllo, se attengono aspetti organizzativi o gestionali dell'Istituto nel suo complesso, contabili ed amministrativi;

- il Presidente, il Direttore e il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, se attengono alla sicurezza e alla salute sul luogo di lavoro.

Il Presidente informa di ogni visita il Comitato di Gestione

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio amministrazione , Ufficio segreteria-accoglienza

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

L'Ufficio amministrazione svolge l'istruttoria per individuare il fornitore, tra quelli già accreditati presso l'Istituto ed inseriti in apposito elenco.

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

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

L'Ufficio amministrazione sottopone i preventivi al Direttore.

Se le prestazioni rientrano nella propria competenza, il Direttore firma l'ordine o contratto, altrimenti propone al Comitato di Gestione per delibera.

L'ordine è predisposto dall'Ufficio amministrazione.

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

L'Ufficio segreteria-accoglienza addetto a ricevere la merce e/o a curare l'esecuzione del servizio firma la bolla di consegna o il rapportino di esecuzione del servizio.

Nel caso di irregolarità nella fornitura di beni o nell'erogazione di servizi il Direttore dispone i provvedimenti sanzionatori (penali, risoluzione del contratto, respingimento delle merce ecc.), in conformità agli accordi contrattuali e alle norme vigenti.

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

- consentano di non espletare un'adeguata attività selettiva fra i diversi offerenti e un'obiettiva comparazione delle offerte;
- consentano di privilegiare fornitori segnalati o graditi a soggetti pubblici, in assenza dei criteri tecnico-economici per la selezione dei potenziali candidati;

- consentano a soggetti non autorizzati di stipulare contratti, firmare ordinativi e approvare relative varianti/integrazioni,
- consentano l'emissione di fatture a fronte di forniture in tutto o in parte inesistenti o la creazione di fondi patrimoniali a fronte di forniture contrattualizzate a prezzi non congrui o non corrispondenti a quanto pattuito nell'ordine o contratto;
- consentano pagamenti senza adeguata giustificazione in relazione alla fornitura effettivamente espletata;
- non consentano di liquidare gli importi dovuti in modo trasparente, documentabile e ricostruibile, nonché di verificare la corrispondenza fra il beneficiario del pagamento ed il fornitore.

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

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

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

q) Protocollo per la gestione della cassa.

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio segreteria- accoglienza, Ufficio amministrazione

Si rimanda alla procedura in essere e in allegato

SEZIONE VI - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 TER E 25 TER LETT. S-BIS D.LGS. 231/01

- *art. 2621 codice civile - Delitto di false comunicazioni sociali*
- *art. 2621bis codice civile - Delitto di false comunicazioni sociali di lieve entità*
- *art. 2622 codice civile - False comunicazioni sociali in danno dei creditori*
- *art. 2625, comma 2, codice civile - Impedito controllo*
- *art. 2627 codice civile - Illegale ripartizione delle riserve*

- *art. 2629 codice civile - Operazioni in danno dei creditori*
- *art. 2629 bis codice civile - Omessa comunicazione del conflitto di interessi*
- *art. 2632 codice civile - Formazione fittizia del capitale*
- *art. 2635 codice civile- Corruzione tra privati.*
- *art. 2635 bis codice civile- Istigazione alla corruzione tra privati.*
- *art. 2638 codice civile - Ostacolo all'esercizio delle funzioni di autorità pubbliche di vigilanza*

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio amministrazione, Consulente esterno

Per consentire che la regolare formazione e approvazione del bilancio di esercizio dell'Istituto, l'Ufficio amministrazione deve essere a conoscenza, anche tramite consulenti esterni, delle norme, dei principi contabili sulla definizione delle poste di bilancio e delle modalità operative di contabilizzazione.

L'Ufficio amministrazione e il consulente esterno rispettano:

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

E' vietato:

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

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

L'Ufficio amministrazione crea un fascicolo di bilancio, ove si inseriscono tutti i dati contabili relativi e verificati. Il fascicolo è a disposizione del Direttore, del Presidente e del Comitato di Gestione.

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

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

E' vietato modificare, cancellare, distruggere o manomettere il Bilancio e i registri contabili.

Il Consulente esterno redige una nota integrativa che accompagna il bilancio. Questa documentazione è presentata al Comitato di Gestione e quindi, come da Statuto, al Consiglio di Chiesa.

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Medici, Coordinatore Infermieristico, Ufficio segreteria- accoglienza

Si rimanda al protocollo pag.61

t) Protocollo per la gestione della cassa.

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio segreteria- accoglienza, Ufficio amministrazione

Si rimanda alla procedura in essere e in allegato

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

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

Si rimanda al protocollo pag.64

v) Protocollo per la selezione, l'assunzione e la definizione del trattamento economico e la gestione del personale e per affidamento a professionisti di incarichi professionali

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile Sanitario, Ufficio amministrazione, Ufficio segreteria-accoglienza

Si rimanda al protocollo pag.59

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

- art. 600 codice penale - Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù

- art. 600 quater e 600 quater 1 codice penale - Detenzione materiale pornografico e pornografia virtuale

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

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

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

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

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Responsabile Sanitario, Medici, Coordinatore Infermieristico, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Ufficio segreteria-accoglienza, Ufficio amministrazione

L'Istituto pone quale principio cardine la cura ed il rispetto delle esigenze degli utenti.

Nella gestione del rapporto con l'utente, il personale rispetta tutti i protocolli sanitari ed assistenziali, nonché i principi perseguiti dall'Istituto e contenuti nel Codice Etico.

In particolare va garantito all'utente:

- di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà;
- di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti;

- di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nell'ambiente di appartenenza;
- di essere accudito e curato nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa;
- di avere una vita di relazione;
- di essere messo in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività;
- di essere salvaguardato da ogni forma di violenza fisica e/o morale, di essere messo in condizione di godere e conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza;
- di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.

E' vietato:

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

Il Direttore dispone almeno annualmente la somministrazione di questionari di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, per verificare la qualità del servizio reso e dell'assistenza erogata.

L'esito di tali verifiche è riportato in una relazione inviata al Presidente e in un grafico riepilogativo esposto in bacheca.

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

- art. 589 codice penale - Omicidio colposo

- art. 590, comma 3, codice penale - Lesioni personali gravi

- art. 452 septies codice penale - Impedimento dei controlli in materia di sicurezza e salute sul lavoro

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

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

x) Protocollo per l'attuazione degli obblighi relativi alla tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Figure coinvolte: Presidente, Direttore, Comitato di Gestione, Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, Medico competente, Preposti, Addetti squadra antincendio, Addetti al primo soccorso

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

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

Individuazione, analisi e valutazione dei fattori di rischio

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

- Responsabile del servizio di prevenzione
- Medico competente
- Preposti

Il Datore di lavoro:

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

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

Misure di prevenzione e protezione

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

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

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

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

Il Documento di valutazione rischi è conservato presso la sede dell'Istituto, anche su supporto informatico.

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

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

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

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

y) Protocollo per la formazione, l'informazione, l'addestramento e le prove di emergenza, in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Responsabile del servizio di prevenzione, Medico competente, Preposti

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

Il Responsabile del servizio prevenzione e protezione impartisce al Preposto dell'unità operativa di destinazione del nuovo operatore le istruzioni per garantirgli un adeguato affiancamento, durante il quale egli acquisisca tutte le informazioni e un completo addestramento in ogni aspetto riguardante il tema della sicurezza e salute, relativamente all'unità operativa di appartenenza e alle mansioni affidate. A tal fine il Responsabile si attiene alle norme vigenti, al Documento di valutazione rischi, ai protocolli e alle disposizioni interne. Il Direttore individua gli operatori addetti a tale

affiancamento e vigila che abbia effettivamente luogo in maniera completa e corretta. Al termine del periodo di affiancamento, il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il Direttore si accertano che il neoassunto abbia acquisito le informazioni e l'addestramento richiesto e redigono un verbale, da conservare, firmato e sottoscritto, nel fascicolo dell'operatore presso l'Ufficio segreteria-accoglienza.

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

Il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, nel mese di dicembre, in collaborazione con il Medico competente, i Preposti, definisce una proposta di programma di formazione e aggiornamento in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. La formazione e gli aggiornamenti contemplano:

- il percorso formativo" generale e specifico per tutti gli operatori
- i vari corsi dedicati alle figure responsabili e agli addetti alle emergenze
- le prove e le simulazioni di emergenza (evacuazione ecc.).

Il programma definitivo è esaminato e approvato dal Direttore. I corsi programmati devono concludersi di norma entro il mese di dicembre. L'individuazione dei soggetti obbligati a frequentare i corsi e ad intervenire alle prove è stabilita insindacabilmente dal Responsabile del servizio di prevenzione e protezione in modo tale da garantire che la formazione e l'aggiornamento sia effettuata nei termini e alle scadenze previste. Ogni ingiustificato rifiuto, come pure il mancato superamento del corso per negligenza, costituisce violazione dei doveri e/o inadempimento contrattuale.

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

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

Figure coinvolte: Comitato di Gestione, Presidente, Direttore, Preposti

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

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

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

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

SEZIONE IX - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 OCTIES D.LGS. 231/01

- art. 648 codice penale - Ricettazione

- art. 648 bis codice penale - Riciclaggio

- art. 648 ter codice penale - Impiego denaro, beni o utilità di provenienza illecita

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

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

SEZIONE X - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 DECIES D.LGS. 231/01

- art. 377 bis codice penale - Induzione a rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria

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

aa) Protocollo per la gestione del contenzioso

Figure coinvolte: Presidente, Comitato di Gestione, Direttore, Legali esterni

L'Istituto nella gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, arbitrati, mediazioni ecc. è rappresentata dal Presidente.

Il Comitato di Gestione nomina un procuratore o difensore seguendo le procedure inserite nel protocollo relativo alla selezione, affidamento e gestione degli incarichi professionali.

Nella gestione del contenzioso il Direttore provvede a:

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

E vietato tenere comportamenti che:

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

SEZIONE XI - REATI PRESUPPOSTO EX ART. 25 UNDECIES D.LGS. 231/01

-Titolo VI Bis C.P. –

- parte IV d.lgs. 152/06 - Raccolta, trasporto, conservazione, smaltimento gestione ciclo rifiuti

- parte III d.lgs. 152/06 - Tutela delle acque

- parte V d.lgs. 152/06 - Tutela dell'aria

L'Istituto, in merito all'astratta possibilità di commissione di questi reati, come emerge dalle aree a rischio evidenziate nella "mappatura" delineata al precedente paragrafo1), ha individuato dei protocolli specifici di comportamento per tutti gli operatori, tenuti anche al rispetto delle linee

generali di condotta e dei protocolli generali di cui al suesteso paragrafo 2), nonché di ogni altro protocollo specifico del presente paragrafo, associato ad altre fattispecie di “reato presupposto”.

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

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

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

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

Tali contenitori devono possedere caratteristiche idonee ad evitare la dispersione del materiale in ambiente ed a ridurre il rischio a cui potrebbero essere esposti gli operatori.

Al bisogno gli operatori infermieristici provvedono al deposito temporaneo dei contenitori presso un locale specifico.

In occasione di ciascun stoccaggio, gli operatori del servizio infermieristico riportano sul contenitore la data e la propria firma.

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

In occasione del ritiro rifiuti, l'Ufficio amministrazione richiede e verifica che il trasportatore rilasci una copia del formulario di identificazione e che i rifiuti siano etichettati in maniera conforme.

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

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

Qualora tale comunicazione non pervenga, l'Ufficio amministrazione ne sollecita l'invio e verifica che la disposizione sia rispettata in breve tempo ne dà comunicazione al Presidente, per la successiva segnalazione alla Provincia di mancata ricezione del formulario ai sensi dell'art. 188, comma 3, d.lgs. 152/06.

Qualora tali comportamenti perdurino, se ne dà comunicazione all'Organismo di vigilanza.

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT

GORLE (BG)

via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

Il presente modello è stato approvato dal Comitato di Gestione con delibera n. 19 del 18 dicembre 2014 (Allegato n. 1).

Successivamente aggiornato in data :

- 25 febbraio 2016
- 22 dicembre 2016
- 25 maggio 2017
- 24 maggio 2018

ISTITUTO CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT
GORLE (BG)
via Arno, 14- 24020 GORLE (BG)

REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL' ORGANISMO DI VIGILANZA E CONTROLLO

Art. 1 - Scopo e ambito di applicazione

E' istituito presso l'Istituto Casa di Riposo Caprotti Zavaritt sita in Gorle (BG) Via Arno n.14 un organismo di vigilanza e controllo (di seguito "OdV") sul funzionamento, sull'efficacia, sull'adeguatezza, anche sotto il profilo dell'aggiornamento, e sull'osservanza del Modello di organizzazione e gestione (di seguito "Modello") proposto con delibera del Comitato di Gestione del 18 dicembre 2014, ed adottato dal Consiglio di Chiesa con delibera del 19 dicembre 2014 in applicazione delle disposizioni di cui al d.lgs 231/2001, d.lgs. 81/2008 e della Delibera della Giunta Regionale Lombardia n. 2569/2014.

Il presente regolamento è predisposto al fine di disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento dell'OdV, individuando, con particolare riferimento alle funzioni, poteri, doveri e responsabilità allo stesso attribuiti.

Art. 2 - Nomina e composizione

L'OdV ha natura collegiale anche in considerazione delle dimensioni aziendali e della natura dell'Istituto.

La nomina è deliberata dal Consiglio di Chiesa.

Art. 3 - Requisiti

I soggetti costituenti l'OdV sono scelti tra persone, sia appartenenti alla Comunità Cristiana Evangelica di Bergamo sia ad essa non appartenenti, che hanno maturato esperienza nell'ambito della gestione delle problematiche dell'Istituto o di istituti consimili, con almeno un triennio di esercizio della professione di avvocato, dottore commercialista, magistrato o dirigente del settore economico-finanziario, ovvero con laurea o dottorato, specifici nell'ambito delle scienze della gestione di comunità socio-sanitarie e assistenziali.

Art. 4 - Incompatibilità

Non possono essere nominati nell'OdV chi:

- svolga una carica elettiva o una funzione pubblica nel territorio del Comune di Gorle (BG).
- svolga funzioni di direzione, amministrativa o sanitaria, dell'Istituto ovvero facciano parte del Comitato di Gestione.
- sia coniuge, convivente o parente entro il secondo grado di membri del Comitato di Gestione, dirigenti o figure apicali presso l'Istituto.

Art. 5 Cessazione dall'incarico

La cessazione dall'incarico di OdV può avvenire, oltre che per morte per:

- dimissioni scritte fatte pervenire al Presidente del Consiglio di Chiesa.
- decadenza per sopravvenuto insorgere di cause di ineleggibilità o di incompatibilità;
- per giusta causa.

La revoca compete al Consiglio di Chiesa che delibera secondo il proprio ordinamento.

Spetta altresì al Consiglio di Chiesa la sorveglianza disciplinare sui membri dell'OdV. A tal fine i membri nominati e non appartenenti alla Comunità Cristiana Evangelica di Bergamo, con l'atto di accettazione della carica dichiarano specificamente di accettare la giurisdizione disciplinare del Consiglio di Chiesa di Bergamo, ferme in ogni caso le responsabilità civili e penali disciplinate inderogabilmente dalla legge Italiana.

Art. 6 - Obblighi e competenze

L'OdV vigila sull'osservanza, sull'efficacia e sull'aggiornamento del Modello, ispirandosi a principi di autonomia, indipendenza e continuità dell'azione.

A tal proposito esso:

- propone le modifiche e le integrazioni al Modello, previo concerto con il Presidente e il Direttore;
- informa il Comitato di Gestione sull'attività svolta con cadenza annuale. promuove, di concerto, con il Presidente e il Direttore, programmi di formazione /informazione.
- predispone strumenti utili a ricevere flussi informativi al fine di ricevere periodicamente informazioni e segnalazioni dai responsabili di funzioni, dagli organi sociali, dai dipendenti.
- ha poteri ispettivi, di accesso ai luoghi e agli atti dell'Istituto, di controllo e di verifica sul funzionamento e sull'osservanza del Modello, sulla effettiva applicazione dei protocolli e sulla regolare tenuta dei documenti con obbligo di redigere verbali ispettivi e di accertamento e controllo.
- Comunica, secondo quanto esposto nella parte generale del Modello le decisioni sulle infrazioni, compiute dai soggetti apicali, e le relazioni delle istruttorie sulle infrazioni dei dipendenti dell'Istituto al Presidente, del Comitato di Gestione per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Art. 7 – Funzionamento

L'OdV si riunisce validamente, con la presenza di almeno due membri, una volta ogni tre mesi. La seduta è convocata dal presidente con scritto comunicato ai membri almeno dieci giorni prima della data della seduta, o due giorni prima in caso di necessità e urgenza. La convocazione, contenente l'ordine del giorno, è comunicata via fax o mail, con avviso di ricezione. In ogni caso il collegio è

validamente costituito e può validamente deliberare, quando siano presenti tutti i membri e dichiarino di aver avuto piena informazione sui punti da discutere, contenuti nell'ordine del giorno.

L'OdV interviene con accesso ispettivo formale, presso l'Istituto almeno due volta l'anno.

In ogni caso interviene, quando sia necessario e opportuno, con visite ispettive. Delle ispezioni è redatto verbale a cui è allegata specifica documentazione. L'OdV assicura la riservatezza delle informazioni di cui venga in possesso durante l'esercizio delle sua funzioni.

L'OdV interviene ogniqualvolta sia fatta richiesta dal Presidente o da i membri del Comitato di Gestione.

Art. 8 - Modalità comunicative tra OdV e Istituto

Ogni tipo di comunicazione scritta tra Istituto e OdV e viceversa si ritiene validamente effettuata anche tramite e-mail, se indirizzate alle caselle di posta elettronica prescelte dalle parti. Per l'Istituto info@caprotti-zavaritt.it, Per l'OdV: cristiana.tagliarini@advocati.it

Art. 9 - Modifiche al Regolamento

Eventuali modifiche al presente regolamento possono essere apportate, dal Consiglio di Chiesa, previa proposta del Comitato di Gestione.

Il presente Regolamento è stato adottato dal Consiglio di Chiesa in data 29 gennaio 2015 (allegato n. 2)

Revisione del 04 marzo 2016 a seguito di nomina del nuovo Presidente dell'OdV