



FONDAZIONE OPERA
SAN CAMILLO

REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231

Rev. 5
Pag. 1/31

NOTE E MODIFICHE

Approvazione del primo Modello di Organizzativo e Codice etico comportamentale 13 luglio 2009

Rev. 0 adottato dal CdA in data 4/2/2014

Rev. 1: inserimento dei riferimenti delle principali procedure e Regolamenti della Fondazione; adozione dei "PATTI DI INTEGRITA'" o di disposizioni similari previsti dal d. lgs. 190/2012 (sezione 3.4) con particolare riferimento a quanto disposto dalla DGR n. X/1299 del 30/01/2014 della Regione Lombardia; aggiunta di una specifica sezione (3.5) riguardante l'assunzione di incarichi pubblici da parte del personale dipendente o da parte degli amministratori; aggiunta di uno specifico capitolo (11) riguardante le clausole contrattuali che fornitori, partners e collaboratori della Fondazione devono impegnarsi a rispettare.

Rev. 2: integrata l'informativa periodica al Comitato di Iniziativa e Controllo sezione (1.2) adempimenti informativi; uniformata la disciplina per gli Incarichi per l'esercizio di attività di collaborazione o libero-professionale (sezione 2.2); migliorata descrizione delle aree di rischio nei rapporti con la PA (sez. 3.3)

Rev. 3: esplicitazione di "persone politicamente esposte" ai sensi dell'art. 1 dell'Allegato tecnico di cui al D. Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 (sezione 3.3)

Rev. 4 adottato dal CdA in data 14/12/2018: 1) introduzione delle disposizioni previste dall'art. 6 comma 2-bis del d. lgs. 231/01 introdotta con Legge 30 novembre 2017, n. 179; 2) riorganizzazione generale del documento al fine di rendere più evidente il raccordo operativo tra i principi definiti sia nella parte generale del Modello Organizzativo e i vari sottosistemi che concorrono al completamento del Modello stesso; 3) Unificazione del presente documento con il documento di Policy 231/01 delle revisioni precedenti

Rev. 5 adottato dal CdA in data 23 luglio 2020 : 1) recepimento delle norme in materia di tracciabilità finanziaria art. 3 Legge 136/2010; 2) adeguamento del Modello Organizzativo con recepimento dei rischi legati alla commissione dei reati tributari e relative misure di prevenzione; 3) precisazioni in merito alle competenze di controllo in merito alla completezza delle cartelle cliniche, delle schede di dimissione, fascicoli sociosanitari, referti ambulatoriali, nonché la coerenza di tali documenti con le prestazioni effettivamente svolte ed i requisiti di appropriatezza clinica ed economica

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
Compliance	30/6/2020		OdV	21/7/2020		CdA	23/07/2020	





Sommario

1. SCOPO DEL DOCUMENTO	5
2. I SOTTOSISTEMI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	5
3. CRITERI GENERALI DI COMPORTAMENTO.....	5
4. IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA FONDAZIONE.....	7
4.1. GLI ORGANI DELLA FONDAZIONE E IL REGOLAMENTO GENERALE DI ORGANIZZAZIONE.....	7
4.2. IL SISTEMA DELLE DELEGHE.....	7
4.3. GLI AMMINISTRATORI.....	8
4.4. GLI ORGANI DI CONTROLLO E VIGILANZA	8
5. IL SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI	8
5.1. IL WHISTLEBLOWING.....	8
5.2. OBBLIGHI DI INFORMATIVA ALL'ODV.....	9
5.3. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE.....	10
6. IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	11
6.1. PRINCIPALI AREE DI RISCHIO.....	11
6.2. LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, PUBBLICI UFFICIALI, FUNZIONI DI PUBBLICO SERVIZIO.....	12
6.3. COMPORTAMENTI DA OSSERVARSI (GENERALI E PARTICOLARI) NEI RAPPORTI CON LA P.A. E CON "PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE"	13
6.4. ADOZIONE DEI "PATTI DI INTEGRITA" O DI DISPOSIZIONI SIMILARI PREVISTI DAL D. LGS. 190/2012.....	14
6.5. INCARICHI PUBBLICI	14
7. IL SISTEMA DEI CONTORLLI DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DI ADDEBITO AL SSN.....	15
8. IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	16
8.1. AREE ESPOSTE AL RISCHIO	16
8.2. ADEMPIMENTI.....	16
8.3. CONTRIBUTI PRESCRITTIVI	17



9. LA GESTIONE DEL PERSONALE, DELLE COLLABORAZIONI E DEI RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI	17
9.1. OBBLIGHI E DIVIETI SPECIFICI.....	17
9.2. ATTIVITÀ DI CONTROLLO	18
9.3. RAPPORTI DI COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALI E/O COORDINATI E CONTINUATIVI	18
10. IL SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE	19
11. IL MODELLO DI GESTIONE DELLA PROTEZION DEI DATI	20
11.1. ORGANIZZAZIONE E PROCEDURE DI RIFERIMENTO	20
11.2. NORME DI COMPORTAMENTO:.....	21
12. LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, DEI SISTEMI DI APPROVVIGIONAMENTO E LA QUALIFICAZIONE DI CLIENTI E PARTNER	22
12.1. INCASSI, PAGAMENTI E PRESID ANTIRICICLAGGIO E ANTICORRUZIONE.....	22
12.2. RAPPORTI DI FORNITURA.....	23
12.3. LA QUALIFICAZIONE DI CLIENTI E PRTNER.....	24
12.4. MISURE DI PREVENZIONE ANTICRIMINALITÀ	25
12.5. CLAUSOLE CONTRATTUALI STANDARD NEI RAPPORTI CON FORNITORI E COLLABORATORI	25
13. LA GESTIONE DELLA REDAZIONE DEL BILANCIO E PREVENZIONE DEI REATI TRIBUTARI	26
14. PROCESSO DI GESTIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	28
14.1. SCOPO, E AMBITO DI APPLICAZIONE OWNER DEL PROCESSO	28
14.2. CICLICITA'	28
14.3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE.....	29
14.3.1. IDONEITA'	29
14.3.2. MODALITA'	29
14.3.3. CONTENUTO	30
14.3.4. ATTUAZIONE.....	30
14.3.5. ADOZIONE	30



FONDAZIONE OPERA
SAN CAMILLO

REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231

Rev. 5
Pag. 4/31

14.3.6.	REVISIONE	30
14.4.	LA DOCUMENTAZIONE 231	30
14.5.	INFORMAZIONI	31
14.6.	FORMAZIONE	31
15.	REVISIONI.....	31

1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo del presente documento è quello di definire:

- i principi e le regole per la gestione e mantenimento del processo 231/01
- fornire un quadro di raccordo operativo tra i principi definiti sia nella parte generale del Modello Organizzativo e di Gestione (di seguito anche “MOG” o “Modello”) che nel Codice Etico della Fondazione “Opera San Camillo” (di seguito anche Fondazione) e i vari sottosistemi che concorrono al completamento del Modello stesso.

Il documento pertanto:

- integra gli altri documenti rilevanti inerenti il MOG (parte generale, parte speciale, codice etico, sistema disciplinare, regolamento dell’Organismo di Vigilanza)
- definisce indicazioni operative che caratterizzano il funzionamento dei sottosistemi e fa ulteriore rimando a procedure, regolamenti e documenti di istruzioni operative emanate dalla sede centrale e/o adottati dal Consiglio di Amministrazione.

Ulteriori procedure possono essere emanate a livello locale in coerenza con le procedure regolamenti e documenti di istruzioni operative emanate a livello centrale.

2. I SOTTOSISTEMI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

In particolare, si considerano sottosistemi del modello Generale:

1. Il sistema di Governance della Fondazione
2. Il sistema dei flussi informativi
3. Il sistema di gestione dei rapporti con la PA
4. Il sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e di addebito al SSN
5. Il sistema di gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
6. La Gestione del personale, delle collaborazioni e dei rapporti libero-professionali
7. Il sistema di gestione ambientale
8. Il Modello di gestione della protezione dei dati
9. La gestione delle risorse finanziarie
10. La gestione della redazione del bilancio e la prevenzione dei reati tributari
11. Il processo di gestione del Modello Organizzativo

3. CRITERI GENERALI DI COMPORTAMENTO

Le analisi riportate nel presente documento, relative alla connessione tra processi aziendali e rischi reato, non sostituiscono, ma integrano, le analisi effettuate nella parte speciale del MOG (collocazione dei rischi reato nella combinazione strutture organizzative e processi). Associando i processi e le attività ai rischi specifici legati ai reati peculiari, sono state individuate le regole di comportamento che dovranno essere seguite da tutti i soggetti interessati senza distinzione e, in generale, per ogni tipo di provvedimento.

Le eccezioni a tali regole e ad ogni altra contenuta nel regolamento che si dovessero ritenere indispensabili per la necessità di evitare un danno **ad un paziente o ad un ospite**, dovranno sempre essere documentate.

Le regole generali di comportamento da osservare sono le seguenti:


1. Ogni attività autorizzata, specificatamente o in via generale, da chi ne abbia il potere nella Fondazione, deve essere registrata documentalmente e verificabile con immediatezza.
2. Ogni procedura (sanitaria o amministrativa) deve essere suddivisa in fasi.

3. Per quanto possibile, va evitato che più fasi **critiche** della medesima procedura siano affidate ad un unico operatore (ad esempio: prenotazione - accettazione - dimissione; rapporti con gli uffici della ASL - fatturazioni dei ricoveri - controllo sui DRG; e così via); bisogna, però, nel contempo, evitare che la frammentazione del lavoro produca deresponsabilizzazione e difficoltà ad individuare, successivamente al fatto, il responsabile.
4. Va osservato un collegamento (particolarmente utile specialmente in materia di determinazione dei D.R.G.), prevedendo che nessuno nel suo lavoro sia svincolato dalla verifica indiretta da parte di altri soggetti, elettivamente deputati ad altre fasi della procedura, oltre che, naturalmente, da quella dei soggetti preposti al controllo.
5. Ogni documento attinente alla gestione amministrativa o sanitaria della Fondazione deve essere redatto in modo accurato e conforme alla normativa vigente.
6. Ogni documento, rappresentativo di un fatto accaduto e/o di una valutazione operata, ovvero ogni parte di esso suscettibile di autonoma considerazione, deve essere sottoscritto da chi lo ha formato.
7. Nessun operatore della Fondazione sarà mai giustificato per aver formato dolosamente in modo falso o artefatto documenti aziendali o istituzionali.
8. Per nessuna ragione è consentito che le risorse finanziarie dell'Ente e la relativa movimentazione possano non essere registrati documentalmente;
9. Tutti coloro che, a qualunque titolo, svolgono la loro attività nella Fondazione, devono impegnarsi, nei limiti delle rispettive competenze, ad operare affinché sia rispettato quanto previsto dalla normativa vigente in materia di finanziamento delle istituzioni sanitarie.
10. Tutti coloro che agiscono nell'interesse od a vantaggio della Fondazione sono tenuti all'assoluta necessità che il loro operato si ispiri sempre al rispetto dei principi di probità, correttezza, trasparenza ed all'osservanza delle leggi, dei regolamenti e di ogni altra normativa in ogni loro rapporto con la Pubblica amministrazione.
11. Il legale rappresentante della Fondazione (ovvero una persona da questi formalmente delegata) e/o il Direttore di UOL cura i rapporti con i funzionari del Ministero della salute, dell'Assessorato regionale alla sanità e con quelli dell'ASL, con le autorità ed i funzionari comunali, provinciali e delle altre istituzioni pubbliche nazionali o comunitarie, ovvero con Enti privati con i quali la Fondazione venga in rapporto, salvo che non si tratti di materia la cui competenza sia riservata dalla legge esclusivamente al Direttore Sanitario.
12. Il Direttore di UOL o struttura ed il Direttore Sanitario sono tenuti ad informare in modo puntuale il legale rappresentante (o la persona da questi formalmente delegata) dell'andamento e dell'esito di ogni pratica in essere con i predetti enti od istituzioni, da loro rispettivamente curata.
13. La Fondazione si impegna, nel caso utilizzi un soggetto estraneo alla sua organizzazione per gestire specifici rapporti con la pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, a portare a sua conoscenza le disposizioni contenute nel modello organizzativo, ottenendone formale accettazione.

E' vietato:

14. promettere, offrire o consegnare denaro, doni od altre utilità, anche per interposta persona, a dipendenti della pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, di ogni qualifica, o livello, al loro **convivente** o coniuge ed ai di lui parenti, ovvero ai loro ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, zii, nipoti, salvo che il fatto accada in occasione di festività in cui sia tradizione lo scambio di doni o, comunque, questi siano di tenue valore;
15. a tutti coloro che svolgono la propria attività nella Fondazione, ricevere danaro, doni o qualsiasi altra utilità, o accettarne la promessa, da chiunque sia, in rapporto con la Fondazione e voglia conseguire indebitamente un trattamento in violazione della normativa di legge;
16. a chi agisce per conto della Fondazione, nei rapporti con funzionari pubblici (dell'Assessorato regionale alla sanità, della ASL ovvero di qualsiasi altra pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee) determinarne le decisioni con violenza, minaccia o inganno;

E' fatto obbligo per il personale di aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente, rispetto ai propri compiti, in questo settore, mentre sarà cura del vertice di controllare la costante formazione del personale in tal senso, attraverso ogni attività che sarà ritenuta utile allo scopo di impedire che si possa sostenere, a scusante della propria condotta, l'ignoranza della normativa vigente.

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 7/31</p>
--	---	--

Sono previste, inoltre, in relazione alle attività con gestione in tutto od in parte informatizzata, disposizioni specifiche per la prevenzione dei reati commessi nell'utilizzo di tali procedure, secondo quanto previsto nella parte riservata all'utilizzo dei sistemi informatici.

4. IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA FONDAZIONE

4.1. Gli organi della Fondazione e il Regolamento Generale di Organizzazione

Lo Statuto prevede quali Organi della Fondazione:

1. Il Presidente
2. L'Amministratore Delegato
3. Il Consiglio di Amministrazione
4. L'Assemblea dei Responsabili delle Unità Operative locali
5. Il Collegio dei Revisori dei conti

Il Regolamento Generale di Organizzazione disciplina l'organizzazione della Fondazione, indicando le strutture che la compongono (Unità Operative Locali - UOL), definendo l'articolazione organizzativa e le attribuzioni dell'Amministrazione Centrale della Fondazione e delle UOL, individuando le modalità di esercizio dei compiti e delle funzioni;

Unitamente allo Statuto, nel Regolamento Generale di Organizzazione, vengono richiamati:

- poteri e funzioni del Consiglio di Amministrazione
- poteri e funzioni del Presidente
- poteri e funzioni dell'Amministratore Delegato
- poteri e funzioni dei Consiglieri
- poteri e funzioni del Collegio dei Revisori
- la regolamentazione dei poteri di delega
- la regolamentazione dei poteri di firma
- le competenze degli uffici Centrali
- poteri e funzioni dei Direttori UOL
- tempi e modalità di approvazione del bilancio di previsione (budget) e del rendiconto annuale

L'articolazione degli organi della Fondazione, degli Uffici e delle strutture (UOL) è richiamata nell'organigramma; con deliberazione nr. 4 del 19.2.2009, sono stati ulteriormente definiti gli ambiti di autonomia, compiti, responsabilità e poteri di firma, dove si specifica:


- le competenze delle UOL
- le competenze ed atti subordinati, nella loro attuazione, alla preventiva autorizzazione dell'Amministratore Delegato
- gli atti riservati all'Amministratore delegato quale rappresentante legale della Fondazione

4.2. Il Sistema delle deleghe

In via generale il sistema di deleghe e di procure deve essere caratterizzato da elementi di sicurezza e di conoscibilità tanto ai fini della prevenzione dei reati quanto allo scopo della efficienza della gestione aziendale.

- Per delega si intende l'atto di attribuire compiti e poteri, coerenti al contratto di lavoro, per lo svolgimento di funzioni, poteri e compiti propri dell'Azienda.
- Per procura si considera l'atto giuridico unilaterale attraverso il quale la Fondazione conferisce a taluno poteri di rappresentanza nei confronti dei terzi.

Il sistema delle deleghe deve essere conforme ai requisiti occorrenti per le procedure interessate ed in particolare

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 8/31</p>
--	---	--

deve osservare il seguente criterio:

- tutti coloro (dirigenti, collaboratori a vario titolo, Organi sociali) che intrattengono rapporti coi terzi per conto della Fondazione devono essere dotati di adeguata delega formale;
- la delega di compiti di gestione comporta l'attribuzione della relativa responsabilità e richiede l'esistenza di una adeguata previsione nell'Organico dell'Azienda;
- la delega deve recare la precisa indicazione dei poteri del delegato, della persona o figura a cui il delegato deve rispondere e rendere rendiconto;
- l'attribuzione dei poteri di spesa adeguati.

Le procure generali sono conferite esclusivamente a soggetti muniti di delega interna

Le procure particolari sono conferite a soggetti muniti di delega interna o di specifico rapporto contrattuale (anche di collaborazione o di libera-professione) che attribuisce determinati poteri di gestione e sono attribuite con specificazione dei limiti dei poteri di rappresentanza che vengono conferiti.

4.3. Gli amministratori

Gli amministratori hanno l'obbligo di agire informati e valgono le disposizioni di cui all'art. 2391 c.c. in merito all'obbligo di dare notizia agli altri amministratori e al collegio sindacale di ogni interesse che, per conto proprio o di terzi, abbia in una determinata operazione, precisandone la natura, i termini, l'origine e la portata; se si tratta dell'amministratore delegato, deve altresì astenersi dal compiere l'operazione, investendo della stessa l'organo collegiale.

Le violazioni dolose del modello organizzativo da parte degli amministratori possano determinare anche la decadenza dalla carica e da qualsiasi diritto, anche economico.

La Fondazione, ricevuta la comunicazione da parte dell'Organo di controllo sul sospetto di violazione del modello, deve avviare immediatamente il procedimento repressivo previsto dal Sistema disciplinare e, se questa sarà accertata, irrogare la sanzione.

4.4. Gli Organi di controllo e vigilanza

Oltre al Collegio dei Revisori dei conti, previsto nello Statuto, anche al fine di ottemperare alle norme comunitarie (Reg. EU 2016/679), nazionali (D. Lgs. 196/03 e s.m.i.) e regionali (inerenti all'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento con il SSN) la Fondazione:

- si avvale di una società di revisione per la certificazione volontaria del bilancio
- ha nominato un Organismo di vigilanza ex. D. lgs. 231/01
- ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati

5. IL SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI

5.1. Il whistleblowing

Il personale della Fondazione, i collaboratori e fornitori della stessa hanno facoltà di rivolgersi direttamente all'Odv per segnalare fatti e circostanze che costituiscono violazioni del MOG o che possano comportare la commissione, nell'interesse e a vantaggio dell'Ente, di reati presupposti ex d. lgs. 231/01.

Le segnalazioni devono riguardare circostanze di condotte illecite e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti di cui sia venuto a conoscenza, in ragione delle funzioni svolte, colui che effettua la segnalazione.



La Fondazione ha istituito un canale di comunicazione riservato a dipendenti, collaboratori e fornitori, tramite l'istituzione di una apposita casella postale le cui credenziali sono a disposizione dei soli componenti dell'Organo di Vigilanza; gli estremi della casella postale sono i seguenti: odv@pec.operasancamillo.net. L'Odv agirà in modo da garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando altresì la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Fondazione o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede.

Sono vietati atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. A tale riguardo si fa rimando al Regolamento per la gestione dei procedimenti disciplinari nei confronti del personale dipendente che, oltre a richiamare i principi generali di specificità e immutabilità della contestazione disciplinare, prevede la separazione dei ruoli tra chi effettua la segnalazione (direzione UOL) e chi redige la contestazione, verifica l'istruttoria del caso ed eventualmente gestisce il contenzioso (Risorse Umane della sede centrale). I provvedimenti disciplinari più gravi che comportano il licenziamento, sono firmati dall'Amministratore delegato.

In caso di controversie legate all'irrogazione di sanzioni disciplinari, o a dimensionamenti, licenziamenti, trasferimenti, o di sottoposizione del segnalante ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, successivi alla presentazione della segnalazione, deve essere motivata.

Il Codice disciplinare prevede sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.

5.2. Obblighi di informativa all'Odv

Devono essere obbligatoriamente trasmesse all'Odv le informazioni concernenti:

Nr.	Informativa	chi	Periodicità
1	I provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati di cui al Decreto e successive estensioni;	Segreteria generale	Immediata / contestale alla prima evidenza
2	Le richieste di assistenza legale inoltrate dagli amministratori, dai dirigenti e/o dagli altri dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario per i reati previsti dal Decreto e dalle successive estensioni;	Segreteria generale	Trimestrale ^{*2}
3	Procedimenti disciplinari svolti e delle eventuali sanzioni irrogate (ivi compresi i provvedimenti verso i dipendenti), ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;	Risorse Umane	Trimestrale ^{*2}
4	Le valutazioni in ordine alla scelta della Società di revisione	CdA ^{*1}	Trimestrale ^{*2}
5	Qualsiasi incarico conferito o che si intende conferire alla Società di revisione, diverso da quello concernente la certificazione del bilancio;	CdA ^{*1}	Trimestrale ^{*2}
6	Giudizio emesso dalla società di Revisione sul bilancio d'esercizio approvato	CdA ^{*1}	Trimestrale ^{*2}
7	Tutte le notizie relative alla commissione dei reati previsti dal Decreto Legislativo 231/2001 e dalle leggi successive in relazione all'attività della Fondazione o a comportamenti non in linea con le regole di condotta adottate dalla Fondazione stessa;	CdA ^{*1}	Immediata / contestale alla prima evidenza
8	Il sistema delle deleghe e delle procure adottato ed ogni successiva modifica dello stesso; (Indicare eventuali modifiche o deleghe specifiche a livello di UOL)	CdA ^{*1} / Direttori UOL	Trimestrale ^{*2}
9	Verbali e/o comunicazioni provenienti dagli Organi Preposti alle Aree di Sicurezza sul Lavoro e Tutela della salute e Organi Paritetici (ASL o Direzione Provinciale del Lavoro o Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, ecc..) Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale;	Risorse Umane / Direttori UOL	Trimestrale ^{*2}
10	Report relativo agli incidenti sul lavoro verificatisi con indicazione della loro gravità, con separata indicazione degli incidenti che hanno determinato un'assenza dal lavoro superiore ai 40 giorni in prognosi iniziale o comunque di grave entità;	Direttori UOL	Trimestrale ^{*2}
11	Non conformità rilevanti riscontrate da RSPP che comunque non costituiscono pericolo grave e imminente per la sicurezza sul lavoro	RSPP	Trimestrale ^{*2}
	Gravi non conformità rilevate nelle verifiche a cura di RSPP che potrebbero costituire un rischio rilevante per la sicurezza sul lavoro	RSPP	Immediata / contestale alla prima evidenza
12	Le decisioni relative alla richiesta, erogazione ed utilizzo di finanziamenti pubblici;	Amministratore Delegato, CdA ^(*1) / Direttore Amministrativo Fondazione /	Trimestrale ^{*2}



FONDAZIONE OPERA
SAN CAMILLO

REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231

Rev. 5
Pag. 10/31

Nr.	Informativa	chi	Periodicità
		Direttori UOL	
13	La stipula di convenzioni con Regioni e/o ASL presso le quali opera la fondazione;	Amministratore Delegato, CdA *1 / Direttori UOL	Trimestrale*2
14	Natura delle transazioni avvenute con clienti/fornitori/partner appartenenti a paesi black-list;	Direttore Amministrativo	Trimestrale*2
15	Particolari eccezioni/deroghe alle modalità standard e/o prassi locali sui pagamenti/incassi. A titolo di esempio: - pagamento in contanti di fornitori e consulenti, - operazioni di incasso/pagamento al di sotto/di sopra dei termini ordinari di pagamento (ad esempio, fatture pagate a vista).	Direttore Amministrativo / Direttore UOL	Trimestrale*2
16	Affidamento lavori o appalti per importi \geq € 100.000	Responsabile Acquisti Responsabile Manutenzione	Trimestrale*2
17	Contenziosi, anche stragiudiziali, relativi a tematiche potenzialmente a rischio 231	Segreteria generale / Comitato Sinistri	Trimestrale*2
18	Report degli incidenti / violazioni della security informatica	Responsabile Servizi Informativi / Direttore UOL	Trimestrale*2
19	Spese urgenti e improcrastinabili per la sicurezza (lavoro e ambiente): importi e motivazione	Direttore UOL	Trimestrale*2
20	Verbali Nuclei Operativi di controllo o organismi di controllo (ASL, Regione) per verifiche inerenti appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (ricoveri, ambulatoriali, accessi residenziali-semiresidenziali ecc.)	Direttore UOL	Trimestrale*2
21	Transazioni finanziarie con parti correlate (Fondazione Ospedale Sn Camillo / Provincia Lombardo Venta)	Direttore Amministrativo Fondazione	Trimestrale*2
22	stato di attuazione dei piani di miglioramento sulla sicurezza definiti in occasione della riunione annuale sulla sicurezza o in occasione di altri incontri di riesame della Direzione	Direttore UOL/RSPP	Trimestrale*2
23	Attività di formazione su argomenti inerenti sicurezza sul lavoro/antincendio/emergenze, 231, risk management, codifica SDO/cartelle cliniche: riportare il seguente dettaglio: corsi programmati nel trimestre da piano formativo, corsi effettuati, nr. partecipanti previsti, nr. partecipanti effettivi, riprogrammazione attività formative per chi non ha partecipato alle edizioni originariamente programmate.	Direttore UOL	Trimestrale*2
24	Affidamento consulenze non sanitarie (es. consulenze fiscali, legali, direzione lavori ecc.)	Responsabile Acquisti / Direttore UOL / Direttore Amministrativo Fondazione	Trimestrale*2
25	Esito delle attività di autocontrollo delle cartelle cliniche e dei fascicoli sanitari	Direttore UOL	Trimestrale*2
26	Audit effettuati in tema di sicurezza sul lavoro e sicurezza ambientale	Direttore UOL/RSPP	Trimestrale*2
27	Attività svolte da collaboratori: Risultano prestazioni o attività effettuate da collaboratori/liberi professionisti non contrattualizzati?	Direttore UOL	Immediata / contestale alla prima evidenza
28	Autorizzazioni all'esercizio: Risultano attività sanitarie o sociosanitarie effettuate in assenza o in attesa di autorizzazioni all'esercizio?	Direttore UOL	Immediata / contestale alla prima evidenza
29	Accreditamenti istituzionali: Risultano attività sanitarie o sociosanitarie effettuate fatturate o fatturabili al SSN in assenza o in attesa di accreditamento istituzionale?	Direttore UOL	Immediata / contestale alla prima evidenza


*1 le Comunicazioni del Consiglio di Amministrazione avvengono per il tramite della Segreteria Generale e/o funzione di Compliance

*2 L'informativa viene trasmessa normalmente su base trimestrale con apposita reportistica.

Sono fatte salve eventuali integrazioni delle informazioni da rendere all'Organismo di Vigilanza mediante reportistica periodica o informativa ad hoc.

5.3. Informazione e comunicazione

Per conseguire l'esonero dalla responsabilità la Fondazione deve dimostrare di aver fatto tutto ciò che doveva; bisognerà, dunque, pubblicizzare i documenti più significativi del modello organizzativo adottato - quelli cioè che possono consentire la migliore e immediata comprensione dei principi e delle regole comportamentali atti a prevenire

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 11/31</p>
--	---	---

i reati – tramite: i) notifica a mano (con firma per ricevuta) a tutti coloro che operano nella struttura; ii) pubblicazione sul sito della Fondazione (sezione “trasparenza, privacy e 231”) iii) pubblicazione sul “portale del dipendente”. In tale ambito, per documenti significativi si intendono:

- il presente documento e i successivi aggiornamenti
- il Codice Etico e i successivi aggiornamenti
- il sistema disciplinare e i successivi aggiornamenti
- Regolamento Interno del personale e i successivi aggiornamenti

Appositi piani di comunicazione e formazione definiranno le modalità di informazione, formazione e aggiornamento:

- del presente documento e i successivi aggiornamenti
- del Codice Etico e i successivi aggiornamenti
- del sistema disciplinare e i successivi aggiornamenti
- del Regolamento Interno del personale e i successivi aggiornamenti
- di documenti di analisi relativi alla identificazione specifica dei processi sensibili e dei relativi rimedi per la prevenzione di reati
- delle eventuali procedure operative necessarie per l’attuazione puntuale del Modello Organizzativo che potranno essere emesse al fine di dettagliare e concretizzare quanto più possibile – anche in funzione della complessità organizzativa della Fondazione e delle eventuali mutazioni normative - i principi e le linee generali di comportamento qui definite.

L’Odv dovrà curare che siano informati, tramite consegna del modello ed illustrazione individuale, i neoassunti e coloro che vengono spostati a diverso incarico aziendale.

6. IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

6.1. Principali aree di rischio

La Fondazione, in relazione alla prevalente operatività svolta in raccordo col S.S.N. e cogli Enti pubblici in generale, intrattiene molteplici e costanti rapporti colla Pubblica Amministrazione. Sono state analizzate e vengono, di seguito, indicate le aree operative ed i procedimenti che si ritengono maggiormente esposti al rischio.

- Rapporti colla P.A. per lo svolgimento delle attività di assistenza sanitaria, di assistenza socio-sanitaria, di ricerca, di formazione e di istruzione. Lo svolgimento della prevalente attività, corrispondente ai fondamentali scopi istituzionali della Fondazione, comporta rapporti costanti e correnti colla P.A. (Ministeri - Regioni - Enti Locali - Università - A.S.L.). Il rischio è rappresentato dalla ipotetica possibilità di comportamenti tesi ad indirizzare l'azione della P.A. allo scopo di consentire, alla Fondazione, di conseguire vantaggi non pertinenti, di rimuovere ostacoli ed adempimenti dovuti. In generale tali comportamenti possono essere conseguiti mediante la commissione di reati quali corruzione, concussione, malversazione, false attestazioni, truffa, falso (ideologico e materiale), turbativa d’asta.
- Richieste di contributi o finanziamenti erogabili da Enti pubblici. Il rischio teorico è collegato alla possibilità che nei rapporti fra gli Enti pubblici finanziatori e la Fondazione, si ricorra a comportamenti volti a conseguire finanziamenti non pertinenti, o a superare l'esigenza di presupposti o di adempimenti o di conseguire finanziamenti per attività e scopi diversi da quelli per i quali i finanziamenti possono essere accordati.
- Rapporti con gli Enti pubblici per l'ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni ed altri titoli abilitativi all'esercizio di attività aziendale. Il rischio è collegato alla possibilità di comportamenti tesi al rilascio di false attestazioni inerenti al rispetto di requisiti di accreditamento, autorizzazioni ed altri assenti amministrativi occorrenti per lo svolgimento delle attività aziendali o allo svolgimento delle stesse in assenza in assenza dei provvedimenti autorizzativi e di accreditamento.
- Incarichi e consulenze. Il rischio è collegato ad un eventuale uso improprio dell'affidamento di consulenze o di incarichi, per consentire il conseguimento, in via indiretta, di vantaggi da parte di soggetti pubblici con lo scopo di alterarne il grado di imparzialità e di obiettività.
- Gestione dei ricoveri e delle prestazioni da tariffare e fatturare. Il rischio teorico è riferibile ai reati di truffa o

di frode/frode informatica o di indebita fruizione di finanziamenti pubblici per effetto di false attestazioni sulle prestazioni fornite (falso ideologico e/o materiale) o per impropria applicazione alle prestazioni di tariffe non pertinenti o per altre indicazioni improprie volte alla erronea prospettazione della consistenza e della natura delle prestazioni rese in vista del conseguimento di vantaggi economici.

- Partecipazione a gare per l'affidamento di servizi in ambito sanitario e/o sociosanitario. Il rischio è riferito ai reati di turbativa d'asta mediante violenza, minaccia, doni, promesse, collusioni con altri soggetti interessati o altri mezzi fraudolenti.
- Gestione delle ingiunzioni. Il rischio è connesso all'uso di accorgimenti in caso di ingiunzioni amministrative o fiscali o previdenziali per alterare l'esito delle ingiunzioni, con vantaggi indebiti per la Fondazione.
- Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari nei rapporti economici intrattenuti con la Pubblica Amministrazione
- False attestazioni nelle dichiarazioni rilasciate alla PA, con particolare riferimento alle dichiarazioni antimafia e alla mancanza di motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e smi
- Adempimenti amministrativi, fiscali e previdenziali. Il rischio è collegato all'inadempimento degli obblighi dovuti in materia fiscale, amministrativa, previdenziale e simili.

6.2. La Pubblica Amministrazione, Pubblici Ufficiali, funzioni di pubblico servizio


Gli articoli 24-25 del D. Lgvo 231/2001 si riferiscono, tra gli altri, ai reati che possono essere commessi nell'ambito dei rapporti fra le persone giuridiche e le Pubblica Amministrazione; nell'ambito delle persone fisiche che agiscono nella P.A., assumono particolare rilevanza (in specie ai fini dei reati considerati dall'art.25 D. Lgvo 231/2001), le figure del Pubblico Ufficiale e dell'Incaricato di Pubblico Servizio.

A norma dell'art. 357, 1° comma c.p. "sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi."

Gli incaricati di un pubblico servizio sono, invece, definiti dall'art. 358 c.p. come "coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio", con ciò dovendosi intendere "un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale".

In particolare, sono stati ritenuti pubblici ufficiali:

- il medico specialista convenzionato con la USL (rispetto alla compilazione della cartella clinica, di ricette, impegnative di cura, ricovero e attestazioni di malattia);
- il medico che presta opera libero-professionale, in virtù di un rapporto di natura privatistica, presso una Istituzione sanitaria privata accreditata con il SSN (poiché, per il tramite della struttura privata, concorre alla formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione in materia di pubblica assistenza sanitaria, esercitando poteri autoritativi in sua vece, nonché poteri certificativi);
- il responsabile di un laboratorio o gabinetto radiologico o poliambulatorio convenzionato con il SSN (relativamente alla redazione dei prospetti riepilogativi delle prestazioni eseguite, trasmessi mensilmente alla USL);
- il medico che compie l'accertamento di morte;
- il direttore amministrativo della USL;
- i componenti del consiglio di amministrazione di un ente ospedaliero (quando concorrono a formare le deliberazioni nelle materie ad esso riservate da norme di diritto pubblico);
- il medico che svolge le funzioni previste dagli artt. 4 e 5 della legge n. 194/1978 sull'interruzione della gravidanza;
- il medico di guardia;

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 13/31</p>
---	---	---

- l'ostetrica (in relazione alla procedura di ammissione all'intervento di interruzione volontaria di gravidanza).

Sono stati considerati incaricati di un pubblico servizio:

- l'infermiere che svolge funzioni paramediche e l'infermiere professionale;
- il tecnico di radiologia;
- l'ausiliario sociosanitario specializzato;
- il dipendente dalla USL addetto a mansioni esattoriali e di controllo delle certificazioni mediche;
- l'addetto alla riscossione dei ticket;
- il gestore di una tesoreria della USL;
- l'autista di ambulanza di proprietà di una società autorizzata al servizio di pronto soccorso come ausiliaria della protezione civile provinciale;
- il farmacista (sia esso convenzionato o meno con il SSN).

6.3. Comportamenti da osservarsi (generali e particolari) nei rapporti con la P.A. e con "persone politicamente esposte"

Si considerano "persone politicamente esposte" quelle così definite nell'art. 1 dell'Allegato tecnico di cui al D. Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 che si riporta qui di seguito:

- 1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono: a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari; b) i parlamentari; c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali; d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali; e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate; f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato. In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.*
- 2. Per familiari diretti s'intendono: a) il coniuge; b) i figli e i loro coniugi; c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere; d) i genitori.*
- 3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a: a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1; b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.*
- 4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta*

Sono adottate le seguenti misure o procedure particolari:

1. il sistema di ripartizione dei poteri (e, in specie, le procure e le deleghe) deve essere conforme ai compiti ed alle attribuzioni proprie del personale interessato; analogamente per i liberi professionisti, i poteri conferiti, non devono essere generici ma devono costituire componente naturale del mandato o dell'incarico professionale;
2. i responsabili (funzioni apicali), i collaboratori e gli Organi che intrattengono rapporti diretti con la P.A. o con "persone politicamente esposte" devono essere destinatari di provvedimento di attribuzione di appositi poteri da parte della Fondazione;

3. va gestita la ricostruibilità a posteriori dell'esistenza degli atti recanti l'attribuzione di poteri o di autorizzazioni;
4. I dipendenti, dirigenti e amministratori che non ricoprono funzioni apicali e che intrattengono rapporti diretti con la P.A. o con "persone politicamente esposte" devono essere esplicitamente individuati.
5. Chiunque intrattenga rapporti diretti con la P.A. o con "persone politicamente esposte" ha il dovere di mantenere traccia scritta del contenuto degli incontri con funzionari e dirigenti della P.A. o con "persone politicamente esposte" al fine di relazionare periodicamente al diretto superiore e, a richiesta, all'Organo di Vigilanza, l'evoluzione e il contenuto delle relazioni intercorrenti con tali funzionari e dirigenti.
6. qualunque criticità, o eventuali conflitti di interesse, va segnalata all'Organo di Vigilanza;
7. il personale e gli Organi in genere competenti ad intertenere rapporti con la P.A. o con "persone politicamente esposte" devono mantenere, in caso di rapporti coinvolgenti la competenza di più soggetti, rapporti di sistematica informazione e consulenza;
8. collaboratori e fornitori che intrattengono stabili o ricorrenti rapporti colla P.A. per conto della Fondazione devono periodicamente, per iscritto, informare la Fondazione in ordine alla attività assolta, ai problemi emersi ed alle criticità rilevate;
9. nei contratti di service o di appalti di servizi vanno definite ed esplicitate le singole responsabilità, le attività di controllo e di informazione fra i contraenti; vanno definite le modalità e le procedure di erogazione del servizio; vanno introdotte clausole per garantire il rispetto del D.Lgvo 231/2001;
10. alle ispezioni giudiziarie, amministrative, fiscali o previdenziali debbono intervenire, per conto della Fondazione, i soggetti a ciò espressamente delegati ed autorizzati; di tutti i verbali va assicurata l'acquisizione e la conservazione agli atti dell'Amministrazione; ove nelle ispezioni emergano contrasti, va data pronta informazione all'Organo di Vigilanza, con apposito atto scritto;
11. ogni dichiarazione resa a qualsiasi Ente od Organo pubblico va redatta per iscritto e deve contenere dichiarazioni veritiere; copia dell'atto va acquisita e conservata negli Archivi della Fondazione;
12. i preposti alla verifica ed ai controlli su adempimenti finalizzati ad ottenere somme dalla P.A. (pagamento delle fatture, finanziamenti per finalità particolari o altro) devono porre attenzione sulla sussistenza di tutti i requisiti e presupposti occorrenti, formali e sostanziali, incluso il rispetto delle norme che regolano la tracciabilità finanziaria (rif. art. 3 Legge 136/2010 e s.m.i.)

6.4. Adozione dei "PATTI DI INTEGRITÀ" o di disposizioni similari previsti dal d. lgs. 190/2012


La Fondazione adotta i patti di integrità o disposizioni similari, in attuazione del c.d. Piano Nazionale di cui alla legge 190/2012, che abbiano carattere vincolante per la sottoscrizione di accordi, contratti, convenzioni necessari a contrarre con Enti della Pubblica Amministrazione. In particolare, vengono qui richiamati e adottati i seguenti documenti: i) patto di integrità di cui alla DGR n. X/1299 del 30/01/2014 della Regione Lombardia

In funzione dei patti di integrità sottoscritti, gli organi amministrativi e Direttivi dell'Ente si impegnano a:

1. segnalare all'Amministrazione aggiudicatrice qualsiasi illecito tentativo da parte di terzi di o di distorcere le fasi di affidamento della procedura di affidamento e/o l'esecuzione del contratto;
2. segnalare all'Amministrazione aggiudicatrice qualsiasi illecita richiesta da parte dei dipendenti dell'amministrazione o chiunque possa influenzare le decisioni relative alla procedura di affidamento o all'esecuzione del contratto;
3. qualora i fatti di cui ai punti 1 e 2 costituiscano reato, a sporgere denuncia all'Autorità Giudiziaria

È obbligo di ogni dipendente, collaboratore, consulente, fornitore, amministratore, membro degli organi di controllo dell'Ente, segnalare agli organi amministrativi e Direttivi dell'Ente i fatti di cui ai punti 1, 2 e 3, oltre a fornire tutte le informazioni e la collaborazione utile alla piena attuazione di quanto previsto nei patti di integrità richiamati nella presente sezione.

6.5. Incarichi pubblici

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 15/31</p>
--	---	---

L'assunzione di incarichi pubblici da parte del personale dipendente o da parte degli amministratori della Fondazione deve essere compatibile con quanto previsto rispettivamente dai CCNL, dai regolamenti aziendali e, laddove esistenti, dai Codici di Autoregolamentazione degli amministratori.

L'assunzione di incarichi pubblici da parte di collaboratori della Fondazione che possano comportare situazioni di incompatibilità determina l'immediata risoluzione del contratto senza che debba gravare in capo alla Fondazione qualsiasi onere, compenso, risarcimento a titolo di danno emergente o lucro cessante. Sono fatti salvi i compensi per le prestazioni rese fino al momento dell'assunzione dell'incarico pubblico.

Qualora l'esercizio dell'incarico pubblico comporti la partecipazione a votazioni per l'adozione di delibere o atti da parte di Organi Istituzionali che possano determinare situazioni di conflitti di interesse è obbligo del dipendente, amministratore, collaboratore della Fondazione di astenersi.

È vietato:

- assumere alle dipendenze della Fondazione ex impiegati della pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, nei due anni successivi al compimento di un atto - di competenza di uno dei predetti soggetti - espressione del suo potere discrezionale, da cui sia derivato vantaggio per la Fondazione o per il quale la Fondazione possa avere interesse. Lo stesso divieto dovrà essere previsto per i casi di omissione o ritardo di un atto svantaggioso per la Fondazione;
- assumere o attribuire incarichi in violazione del d. lgs. n. 165 del 30 marzo 2001; art. 53, così come modificato dalla legge n. 190 del 6 novembre 2012, art. 1 punto 42, lettera l

7. IL SISTEMA DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DI ADDEBITO AL SSN


Tutti coloro che, a qualunque titolo, svolgono la loro attività nella Fondazione, si impegnano, nei limiti delle rispettive competenze, ad operare per rispettare quanto stabilito dal D.P.R. 1/3/1994 in G.U. (suppl. ord.) n. 171 del 23/7/1994, punto 8, e. 5, n.° 1 e segg., in materia di finanziamento delle attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali, di ricerca e di formazione, al fine di evitare i possibili incentivi "perversi" tipicamente associati al sistema di remunerazione a prestazione.

E' vietato, in particolare:

- fatturare prestazioni o servizi non effettivamente erogati;
- fatturare utilizzando codici di D.R.G. o di tariffa che prevedono un livello di pagamento maggiore rispetto al codice di D.R.G. o alla tariffa corrispondenti alle prestazioni erogate;
- erogare prestazioni ambulatoriali in connessione con ricoveri, in quanto prestazioni ricomprese in quelle già da erogarsi a causa del ricovero;
- duplicare la fatturazione per una medesima prestazione;
- omettere l'emissione di note di credito qualora siano state fatturate, anche per errore, prestazioni in tutto od in parte inesistenti o non finanziabili.
- erogare prestazioni non necessarie o non appropriate.

Compete alle Direzioni Sanitarie controllare - anche attraverso un medico o altro professionista sanitario facente parte dell'organico della sede centrale, espressamente e formalmente delegato - la completezza delle cartelle cliniche, delle schede di dimissione, fascicoli sociosanitari, referti ambulatoriali, nonché la coerenza di tali documenti con le prestazioni effettivamente svolte ed i requisiti di appropriatezza clinica ed economica secondo le regole definite dagli enti di programmazione sanitaria/sociosanitaria o secondo gli accordi contrattuali sottoscritti con enti assicurativi o mutualistici sia pubblici che privati.

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo e del presente Regolamento le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 16/31</p>
--	---	---

- P002-procedura controllo interno cartelle cliniche e documentazione sanitaria
- P007-Procedura dalla dimissione del paziente alla rendicontazione delle prestazioni di ricovero
- Linee Guida per la compilazione del fascicolo sociosanitario assistenziale

8. IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Il Regolamento attuativo delle disposizioni previste dal D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, approvato con deliberazione nr. 8 del 27 marzo 2009 dal Consiglio di Amministrazione, individua l'Amministratore Delegato quale datore di lavoro.

L'Amministratore delegato attribuisce ai direttori UOL, deleghe di funzione ex art. 16 d. lgs. 81/08

In ogni Unità Operativa Locale è nominato un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. In staff all'Amministratore delegato opera un coordinatore dei Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione delle Unità Operative locali.

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

- P023 – Sistema di gestione della Salute e sicurezza sul lavoro
- I documenti di valutazione dei rischi elaborati tramite l'applicazione ESI

8.1. Aree esposte al rischio

Sulla base anche del Documento di Valutazione dei Rischi, si considerano come processi sensibili ai fini dei reati in esame, tutte le attività che comportano contatti con i seguenti rischi:

- rischi da esposizione ad agenti chimici;
- rischi da esposizione ad agenti cancerogeni, mutageni;
- rischi da esposizione ad agenti biologici;
- rischi da movimentazione manuale dei carichi;
- rischi da esposizione ad agenti fisici;
- rischi da utilizzo di videoterminali;
- rischio da incendio.
- ogni altra fonte di rischio individuata dal D. Lgvo 81/2008 e s.m.i. o da provvedimento attuativo dello stesso.

Il Documento Valutazione Rischi è richiamato a confronto anche:

- per la specificazione e le conseguenze per la salute dei lavoratori derivabili da ciascuno dei predetti rischi e per l'individuazione delle circostanze di esposizione verificabili durante lo svolgimento dell'attività lavorativa;
- per l'individuazione dei soggetti coinvolti nel rischio per ciascuna area interessata;
- per i protocolli elaborati dall'Azienda per evitare che siano commessi i reati conseguenti alla impropria gestione dei rischi.

8.2. Adempimenti

La Fondazione, in ogni sua articolazione e livello, riconosce ed afferma l'obbligo giuridico di provvedere agli adempimenti relativi:

- a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;

- c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- d) alle attività di sorveglianza sanitaria;
- e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate. Le regole di comportamento vanno assunte da tutti coloro che, in qualunque ruolo (Dirigenti, Dipendenti, Professionisti, ecc.), svolgano ruoli operativi nelle aree esposte a rischio.

Tutti i dipendenti, amministratori, fornitori e collaboratori sono tenuti ad osservare le regole previste nel presente documento ed in ogni altro atto aziendale e dal Codice Etico.

8.3. contributi prescrittivi

A sensi del V comma dell'art. 30 del D.Lgvo 9/4/2008 n. 81 la Fondazione assume, quale modello di organizzazione aziendale, le linee guida 28/9/2001 approntate da UNI-INAIL per la fissazione di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.

Le suddette linee si intendono vincolanti ed operative, salvo quelle parti che, con espresso provvedimento della Fondazione, risultassero formalmente modificate e sostituite da specifico Disciplinare Aziendale (P023 – Sistema di gestione della Salute e sicurezza sul lavoro)

9. LA GESTIONE DEL PERSONALE, DELLE COLLABORAZIONI E DEI RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo e del presente Regolamento le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

- Manuale Operativo WHR Dedalus in uso al personale addetto agli Uffici del Personale della Fondazione
- DRU-P-01 INSERIMENTO NUOVO OPERATORE
- DRU-P-02 SELEZIONE PERSONALE
- DRU-P-03 CONTESTAZIONI DISCIPLINARI
- (DRU-P-04) PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DEGLI INFORTUNI

9.1. Obblighi e divieti specifici

E' fatto obbligo di procedere alla corretta applicazione dei CCNL adottati ed altresì al rispetto delle norme sul lavoro.

Sono adottate le seguenti misure o procedure particolari:

- E' consentito occupare esclusivamente lavoratori stranieri muniti di un valido permesso di soggiorno. Il permesso di soggiorno non è ritenuto valido se:
 - è scaduto e non è stato richiesto il rinnovo nei termini di legge;
 - è stato revocato;
 - è stato annullato.

In tal senso è fatto obbligo verificare periodicamente che sussistano le condizioni di validità dei permessi di soggiorno dei lavoratori stranieri alle proprie dipendenze.

- Non è consentito di usufruire né favorire l'utilizzo di lavoro infantile. Si considera lavoro infantile quello prestato da minori in età non lavorativa secondo le vigenti leggi.
- È vietato attuare o favorire la discriminazione nell'assunzione, nella retribuzione, nell'accesso alla formazione, nelle promozioni, nel licenziamento o nel pensionamento, che si basi su questioni di razza, casta, nazionalità,

religione, disabilità, sesso, preferenze sessuali, appartenenza a sindacati, affiliazione politica, età.

- È vietato interferire nell'esercizio dei diritti del personale di osservare credenze o pratiche, o di soddisfare esigenze relative alla razza, casta, nazionalità, religione, disabilità, sesso, preferenze sessuali, appartenenza a sindacati, affiliazione politica.
- Non sono consentiti comportamenti, inclusi gesti, linguaggio o contatto fisico, che siano sessualmente coercitivi, minacciosi, offensivi o di sfruttamento.
- La retribuzione dei lavoratori deve essere conforme ai contratti collettivi nazionali o comunque proporzionata rispetto alla quantità e qualità del lavoro prestato.
- È vietato applicare detrazioni dal salario per motivi disciplinari (salvo quanto previsto dai CCNL, dalle leggi e dal sistema disciplinare).
- È vietato la stipula di accordi che prevedano la fornitura di lavoro nero, né schemi di falso apprendistato.

L'Ente richiede ai propri partner, collaboratori, appaltatori di:

- rispettare i principi e i divieti riportati nella presente sezione e in quella precedente;
- la disponibilità a partecipare ad eventuali programmi di monitoraggio, se richiesto dall'Ente;
- la disponibilità ad attuare eventuali azioni riparatrici;
- la tempestiva ed adeguata informazione dell'Ente in caso di incidente (legato alla policy);
- la disponibilità ad informare l'Ente nel caso di affidamento a terzi di lavori che interessino l'Ente stesso.

9.2. Attività di controllo

I controlli effettuati sui lavoratori, inclusi anche quelli temporanei, vengono effettuati nel rigoroso rispetto della vigente normativa, con particolare riferimento alla privacy ed ai diritti dei lavoratori.

In alcun caso sono tollerati metodi di sorveglianza degradanti.

I controlli devono essere necessari a finalità strettamente aziendali.

In ogni caso non possono essere effettuati controlli con finalità discriminatorie.

I Regolamenti aziendali possono definire ruoli, compiti, responsabilità e criteri di controllo.

9.3. Rapporti di collaborazione libero-professionali e/o coordinati e continuativi


Particolare attenzione va posta agli incarichi di collaborazione sia libero professionali che in forma coordinata e continuativa.

La scelta di collaboratori esterni e di professionisti deve avvenire in relazione a elementi di competenza ed esperienza professionale ed i relativi contratti devono essere definiti per iscritto, in ogni loro condizione, patto e termine e devono improntarsi a criteri di appropriatezza non determinando potenziali situazioni di conflitto di interessi con riferimento ad aspetti economici o di beneficio di carriera.

I collaboratori esterni sono tenuti alla preventiva accettazione del contenuto del presente documento e del Codice Etico della Fondazione e, in genere, delle misure assunte dalla Fondazione al fine di osservare il D. Lgvo 231/2001; a tale effetto l'attivazione del rapporto deve essere preceduta dalla dichiarazione di conoscenza ed accettazione degli atti, aziendali relativi al D.Lgvo 231/2001, con esplicitazione di clausola risolutiva per le ipotesi di trasgressione degli adempimenti e comportamenti dovuti secondo i Modelli aziendali;

In particolare, è necessario che:

- tali incarichi siano sempre regolati da apposito contratto
- l'oggetto dell'incarico sia sempre legittimo, determinato, determinabile e sufficientemente chiaro
- sia sempre tracciabile l'erogazione dei compensi
- i compensi siano coerenti con la quantità e/o qualità dell'attività prestata, nonché con la natura professionale dell'incarico

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 19/31</p>
--	--	--

- sia sempre conservata agli atti opportuna documentazione dell'attività svolta dal collaboratore soprattutto quando l'oggetto dell'incarico non sia limitata ad una mera attività di consulenza, ma comporti la possibilità che il collaboratore agisca in nome o in nome e per conto della Fondazione presso soggetti esterni, in particolare soggetti della Pubblica Amministrazione
- il contratto contenga l'obbligo di osservare il Modello e l'indicazione sulle conseguenze delle violazioni del Modello stesso e dei provvedimenti da adottarsi di conseguenza.

10. IL SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo e del presente Regolamento le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

- P022 Sistema di Gestione Ambientale

Il Consiglio di Amministrazione ha individuato quale delegato alla gestione ambientale l'Amministratore delegato che, a sua volta, conferisce apposite sub-deleghe ai direttori di Unità Operativa Locale per la gestione delle problematiche ambientali di propria competenza.

Nell'ambito del sistema di Gestione Ambientale viene previsto un Gruppo di lavoro che, al di fuori dei compiti e delle responsabilità delegate ai direttori delle unità operative locali, può svolgere, laddove richiesto dai direttori UOL e/o dall'Amministratore delegato, approfondimenti di carattere interdisciplinare e inter-funzionale e/o supportare operativamente i direttori UOL nei termini concordati tra il Direttorio UOL e l'Amministratore Delegato.

Le attività di valutazione di rischio devono prevedere le diverse matrici ambientali:


- Acque di scarico
- Rifiuti
- Suolo-sottosuolo
- Emissioni in atmosfera
- Sostanze lesive per l'ozono
- Fauna
- Habitat siti protetti

È compito dei direttori UOL:

- assicurare il rinnovo delle autorizzazioni in tema ambientale
- assicurare il rispetto di adeguati piani di controlli e monitoraggio in tema ambientale; le azioni di monitoraggio ed i piani di miglioramento devono essere atti a prevenire la compromissione od il significativo deterioramento:
 - delle acque o dell'aria, o di porzioni estese o significative del suolo o del sottosuolo;
 - di un ecosistema, della biodiversità, anche agraria, della flora o della fauna.

In casi di incidenti ambientali è compito dei Direttori UOL

1. informare immediatamente l'Amministratore Delegato al fine di procedere senza indugio alle necessarie segnalazioni alle autorità competenti
2. predisporre tempestive azioni al fine di evitare:
 - a. l'alterazione irreversibile dell'equilibrio di un ecosistema;
 - b. l'alterazione dell'equilibrio di un ecosistema la cui eliminazione risulti particolarmente onerosa e conseguibile solo con provvedimenti eccezionali;
 - c. l'offesa alla pubblica incolumità in ragione della rilevanza del fatto per l'estensione della compromissione o dei suoi effetti lesivi ovvero per il numero delle persone offese o esposte a pericolo

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 20/31</p>
--	--	--

3. informare immediatamente l'Amministratore Delegato nel caso in cui le azioni di cui al punto precedente non possano essere attivate con le sole disponibilità del budget assegnato e indicato nella delega ambientale

Devono essere adottate adeguate procedure di qualificazione dei fornitori a cui affidare il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti al fine di prevenire la configurazione di reati associativi. Si rimanda in tal senso a quanto disposto in materia di rapporti con i fornitori e misure di prevenzione contro la criminalità.

11. IL MODELLO DI GESTIONE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

11.1. Organizzazione e procedure di riferimento

In ottemperanza al Regolamento UE 679/2016, viene predisposto e mantenuto aggiornato, a cura della funzione di Compliance, un documento di conformità che riporta, tra le altre cose:

- L'individuazione del titolare del trattamento dei dati con l'individuazione, nella figura dell'Amministratore delegato del delegato del titolare
- L'individuazione del Responsabile della protezione dei dati
- Eventuali situazioni di contitolarità
- I principi di riferimento nel trattamento dei dati
- I requisiti di riferimento
- Il registro dei trattamenti
- Le clausole contrattuali richieste ai responsabili del trattamento nonché i requisiti di sicurezza previsti
- Le autorizzazioni al trattamento
- I livelli di sicurezza adottati sulla base dei quali predisporre i piani di miglioramento

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

- Istruzioni per coloro che trattano i dati
- Procedura P-051 procedura di rilevazione e notifica della violazione dei dati
- Procedura P-052 procedura per garantire l'esercizio dei diritti degli interessati

L'Amministratore Delegato:

- effettua la nomina degli amministratori di sistema.
- effettua la nomina del responsabile della conservazione sostitutiva (interno e/o esterno)
- individua i referenti con le Regioni ed altri enti deputati al governo dei servizi informativi regionali e alla gestione del fascicolo sanitario elettronico

I Responsabili delle unità Operative, nonché i responsabili delle funzioni centrali devono:

- provvedere alla raccolta delle informazioni occorrenti per le attività di ricognizione ed analisi svolte dalla funzione di Compliance, nonché validare e confermare le tabelle di ricognizione ed analisi predisposte, sempre dalla funzione Compliance finalizzate:
 - alla predisposizione e all'aggiornamento del Registro dei trattamenti di cui all'art. 30 del Regolamento EU 679/2016.
 - all'aggiornamento periodico delle schede di autorizzazioni al trattamento
 - alla individuazione dei processi esternalizzati, ambiti di responsabilità degli outsourcers e definizione delle misure di sicurezza richieste, necessari per garantire il controllo della filiera della gestione dei dati e per la regolazione contrattuale dei rapporti con i responsabili esterni del trattamento
- fornire la propria collaborazione e supporto
 - alla funzione di compliance nello svolgimento delle attività proprie di quest'ultimo, ivi incluso lo

svolgimento della analisi dei rischi.

- alla funzione di compliance e al Responsabile della protezione dei dati per la predisposizione delle valutazioni di impatto ed eventuale consultazione preventiva di cui agli artt. 35 e 36 del Regolamento UE 679/2016
- fornire la propria collaborazione e supporto in occasione di verifiche, audit, indagini svolte Responsabile della protezione dei dati, ovvero dalle competenti Autorità pubbliche.
- implementare le misure di sicurezza adottate
- partecipare alle attività formative ed informative e collaborare per la stesura del piano formativo.
- raccogliere e trasmettere senza indugio ogni segnalazione di incidente pervenuta o direttamente rilevata.
- assicurare l'esercizio dei diritti degli interessati al trattamento
- controllare, negli ambiti di propria competenza, il rispetto degli obblighi di legge in materia di privacy, delle istruzioni ricevute, delle policy, dei regolamenti, dei codici di condotta adottati, e delle procedure approvate dalla Fondazione.

11.2. Norme di comportamento:

I dipendenti ed i collaboratori della Fondazione devono:

- a) utilizzare le informazioni, le applicazioni e le apparecchiature esclusivamente per motivi di ufficio o di servizio;
- b) non prestare o cedere a terzi qualsiasi apparecchiatura informatica, senza la preventiva autorizzazione del Responsabile dei Sistemi Informatici;
- c) evitare di introdurre e/o conservare in Fondazione (in forma cartacea, informatica e mediante utilizzo di strumenti aziendali), a qualsiasi titolo e per qualsiasi ragione, documentazione e/o materiale informatico di natura riservata e di proprietà di terzi, salvo che detti materiali siano stati acquisiti con il loro espresso consenso, nonché applicazioni/software che non siano state preventivamente approvate dal Responsabile ICT della Fondazione;
- d) evitare di trasferire all'esterno della Fondazione e/o trasmettere files, documenti o qualsiasi altra documentazione riservata di proprietà della Fondazione, se non per finalità strettamente attinenti allo svolgimento delle proprie mansioni e, comunque, previa autorizzazione del proprio Responsabile;
- e) evitare di lasciare incustodito e/o accessibile ad altri il proprio PC oppure consentire l'utilizzo dello stesso ad altre persone (familiari, amici, ecc.);
- f) evitare l'utilizzo di password di altri utenti aziendali, neanche per l'accesso ad aree protette in nome e per conto dello stesso, salvo espressa autorizzazione del Responsabile ICT della Fondazione;
- g) evitare di fornire a qualsiasi terzo non legittimato dati od elementi personali concernenti i soggetti comunque assistiti dalla Fondazione;
- h) evitare l'utilizzo di strumenti software e/o hardware atti ad intercettare, falsificare, alterare o sopprimere il contenuto di comunicazioni e/o documenti informatici;
- i) utilizzare la connessione a Internet per gli scopi ed il tempo strettamente necessario allo svolgimento delle attività che hanno reso necessario il collegamento;
- j) rispettare le procedure e gli standard previsti, segnalando senza ritardo alle funzioni competenti eventuali utilizzi e/o funzionamenti anomali delle risorse informatiche;
- k) astenersi dall'effettuare copie non specificamente autorizzate di dati e di software;
- l) astenersi dall'utilizzare gli strumenti informatici a disposizione al di fuori delle prescritte autorizzazioni;
- m) osservare ogni altra norma specifica riguardante gli accessi ai sistemi e la protezione del patrimonio di dati e applicazioni della Fondazione;
- n) osservare scrupolosamente quanto previsto dalle politiche di sicurezza aziendali per la protezione ed il controllo dei sistemi informatici.

È fatto divieto:

- a) alterare documenti informatici, con particolare riguardo a quelli relativi ad esplicitare, a vari effetti, efficacia probatoria;

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 22/31</p>
--	---	---

- b) accedere abusivamente al sistema informatico o telematico di soggetti pubblici o privati;
- c) accedere abusivamente al sistema informatico o telematico della Fondazione o a qualsiasi applicazione e base dati della Fondazione al fine di alterare e/o cancellare dati e/o informazioni, accedere ad informazioni non coerenti con l'attività lavorativa assegnata, effettuare trattamento di dati non autorizzati;
- d) detenere e utilizzare abusivamente codici, parole chiave o altri mezzi idonei all'accesso al sistema informatico o telematico, proprio o di altri soggetti, al fine di acquisire informazioni riservate;
- e) svolgere attività fraudolenta di intercettazione, impedimento o interruzione di comunicazioni relative ad un sistema informatico o telematico di soggetti, pubblici o privati, al fine di acquisire informazioni riservate;
- f) installare apparecchiature per l'intercettazione, impedimento o interruzione di comunicazioni di soggetti, pubblici o privati;
- g) svolgere attività di modifica e/o cancellazione di dati informazioni o programmi di soggetti privati o soggetti pubblici o comunque di pubblica utilità;
- h) svolgere attività di danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici o telematici altrui;
- i) distruggere, danneggiare, rendere inservibili sistemi informatici o telematici di pubblica utilità.

12. LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, DEI SISTEMI DI APPROVVIGIONAMENTO E LA QUALIFICAZIONE DI CLIENTI E PARTNER

Il vertice aziendale deve definire i fabbisogni finanziari a medio e lungo termine, le forme e le fonti di copertura e ne dà evidenza in specifici report, documenti o delibere del Consiglio di Amministrazione.

Tutte le assunzioni di debito per finanziamento (inclusi i contratti su derivati, sia di copertura che speculativi) devono essere adottate con delibera del Consiglio d'Amministrazione.

In linea generale deve essere assicurata una separazione di funzioni tra:

- Selezione dei fornitori e degli appaltatori
- Contabilizzazione delle fatture e verifica di corrispondenza fattura, ordine, bolla
- Controllo delle forniture e dei lavori
- Predisposizione delle proposte di pagamento
- Autorizzazione al pagamento

In ogni caso deve essere prevista la separazione tra le funzioni titolari delle attività di gestione delle risorse finanziarie e di controllo sulle risorse finanziarie.

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:


- P016 procedura gestione Casse
- P008 procedura per la gestione delle erogazioni liberali

12.1. Incassi, pagamenti e presidi antiriciclaggio e anticorruzione

Nell'ambito dell'Ente i pagamenti e gli incassi possono essere effettuati solo da soggetti ai quali sono attribuite le funzioni contabili od economali.

I soggetti che procedono a pagamenti ed incassi, con particolare riguardo alle operazioni di incasso per contanti, sono tenuti a verificare la regolarità della moneta e dei titoli e, in ogni caso di possibile dubbio, ad avvalersi degli strumenti per congrue verifiche.

Tutti gli incassi, pagamenti e le transazioni finanziarie devono essere effettuati tramite intermediari autorizzati, in modo che ne sia garantita la tracciabilità sulla base di idonea documentazione. I vertici, in deroga a quanto sopra,

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 23/31</p>
--	---	---

possono definire gli importi massimi e le condizioni per le quali sono ammessi pagamenti in contanti nel rispetto e nei limiti definiti dalle normative vigenti, con particolare riferimento al d. lgs. 231/07 e smi.

Non sono ammesse cessioni del credito o del debito a terzi, sotto qualsivoglia forma, a meno che tali cessioni siano effettuate tramite intermediari autorizzati e per provvedimento motivato dal Responsabile Amministrativo della Fondazione e/o dall'Amministratore Delegato

Non sono ammessi pagamenti con assegni liberi.

Tutti i rapporti con parti correlate devono essere regolati da convenzioni o contratti di servizio che consentano la tracciabilità e i documentabilità dei servizi resi e ricevuti.

La gestione di pratiche legali che comportano transazioni extragiudiziali, con particolare riferimento ai casi di malpractice sanitaria, deve essere preferibilmente affidata nell'ambito di convenzioni a forfait.

Nel caso di partecipazione a progetti di ricerca, partecipazione a progetti che prevedono il recepimento di contributi pubblici o a bandi di formazione finanziata:

- Laddove è previsto il coinvolgimento di Società esterne nella predisposizione delle pratiche di richiesta, nella gestione del finanziamento o nella successiva esecuzione di attività connesse con i progetti finanziati, i contratti con tali Società devono contenere apposita dichiarazione di conoscenza della normativa di cui al D.Lgs. 231/2001 e di impegno al suo rispetto.
- Deve essere adottata una contabilità analitica al fine di procedere alla corretta separazione dei costi e dei ricavi riconducibili all'attività di progetto
- Occorre adottare adeguate misure di qualificazione dei partner che co-partecipano con la Fondazione nella gestione dei progetti.
- Occorre adottare misure utili ad "annullare" i documenti giustificativi dei costi diretti (es. materiali, leasing e noleggi) rendicontabili al fine di evitare possibili doppie imputazioni dei costi su progetti/commesse differenti
- Occorre collaborare con gli organismi di audit nominati dalla UE / Ministero / Regione / Enti Paritetici ecc.
- laddove - nell'ambito di progetti svolti in collaborazione con altri Partner, Enti e istituti - vi siano prestazioni reciproche tra i diversi soggetti partecipanti, successivamente o parallelamente fatturate all'erogatore committente, occorre assicurare meccanismi di doppio controllo al fine di garantire la correttezza e congruenza delle prestazioni reciproche fatturate.

Nelle transazioni con la Pubblica Amministrazione devono essere rispettate le norme che regolano la tracciabilità finanziaria (rif. art. 3 Legge 136/201 e smi); in particolare occorre assicurare il rispetto dei seguenti principali adempimenti:

- a) utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva;
- b) effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle commesse pubbliche esclusivamente mediante lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero attraverso l'utilizzo di altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- c) indicazione negli strumenti di pagamento relativi ad ogni transazione del codice identificativo di gara (CIG) e, ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, del codice unico di progetto (CUP).

12.2. Rapporti di fornitura

La scelta del contraente per la fornitura di opere, beni o servizi alla Fondazione va effettuata nel rispetto dei principi dell'economicità, trasparenza ed efficacia.

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 24/31</p>
--	---	---

Va accertato che chi aspira a rendersi fornitore della Fondazione posseda adeguati requisiti di idoneità morale, capacità tecnico-professionale ed economico-finanziaria.

Vengono considerate quali parti integranti del Modello organizzativo le procedure operative di seguito indicate e i relativi aggiornamenti:

- P015 procedura ciclo passivo
- P06 procedura acquisti
- P028 Procedura investimenti
- Procedura informatizzata 4BUYER di qualificazione dei fornitori

In particolare, le procedure sopra richiamate definiscono gli ambiti di autonomia di spesa dei Direttori UOL e dell'Amministratore delegato.

La procedura informatizzata di qualificazione individua tra la documentazione necessaria per l'iscrizione all'albo fornitori:

- DURC in corso di validità
- Iscrizione CCIAA
- Dichiarazione antimafia

Le procedure di selezione dei fornitori significativi devono essere ispirate ai criteri e principi seguenti:

- Trasparenza e documentabilità delle procedure di selezione.
- Professionalità.
- Affidabilità.
- Economicità.

Le procedure sopra menzionate, o successive versioni delle stesse, devono basarsi sui seguenti principi:

- tutte le fatture ricevute devono avere allegato l'ordine di acquisto emesso dal competente ufficio autorizzato all'emissione; tale ordine deve essere controfirmato dal responsabile con adeguati poteri;
- la fattura viene controllata in tutti i suoi aspetti (corrispondenza, calcoli, fiscalità, ricevimento merci o servizi);
- la fattura viene registrata in autonomia dalla contabilità
- Ogni pagamento deve essere conseguente alla firma di un ordine o in esecuzione di un contratto. senza la specifica autorizzazione del responsabile dell'ufficio amministrazione e finanza nonché della funzione ordinante;

I massimi responsabili per l'approvvigionamento definiscono le procedure di selezione, le approvano, le controllano, le aggiornano, le comunicano (incluse le modifiche) ai vertici ed agli organi di controllo; le indicazioni pervenute in merito da parte dei vertici o degli organi di controllo sono vincolanti.


I massimi responsabili per l'approvvigionamento definiscono in modo chiaro ed esplicito ed assegnano i compiti e le responsabilità per l'attuazione ed il controllo.

12.3. La qualificazione di clienti e partner

Ai fini del presente Regolamento, si intendono, a titolo esemplificativo e non esclusivo:

- partner: quei soggetti, Enti, Istituti con i quali l'Ente può sviluppare attività di aggiornamento scientifico, attività formative, progetti di ricerca, organizzazione di convegni ecc.
- clienti: oltre agli utenti privati, quei soggetti, differenti dalla Pubblica Amministrazione, quali Mutue, Assicurazioni, Associazioni di categoria, ecc. con i quali l'Ente si convenziona al fine di fornire ai rispettivi aderenti, prestazioni di carattere sanitario e sociosanitario.

Devono essere acquisite tutte le informazioni accessibili relative ai clienti e partner, da utilizzare, oltre che per la

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 25/31</p>
--	--	--

normale valutazione di tipo commerciale, anche per la verifica di possibili rapporti con soggetti ed attività riconducibili ad organizzazioni criminali.

L'acquisizione e la raccolta di informazioni relative ai clienti e partner significativi (secondo i parametri definiti dall'ente o dalle associazioni di categoria) devono essere effettuate sia nell'avvio che durante lo svolgimento del rapporto.

I rapporti con i clienti e partner devono essere immediatamente sospese qualora risultino concreti elementi di rischio di infiltrazione criminale oppure dal verificarsi, in assenza di giustificazioni economiche o imprenditoriali di:

- mutamenti repentini o reiterati nella compagine sociale o negli organi sociali.
- mutamenti significativi del settore di attività.
- mutamenti repentini riguardo alle dimensioni dell'attività, al patrimonio, alle richieste di forniture.

12.4. Misure di prevenzione anticriminalità

I prestatori di lavoro dell'ente e i fornitori, a qualsiasi titolo e livello, che ricevessero richieste estorsive in qualunque forma e da chiunque formulate, devono, senza indugio darne completa e dettagliata informazione alle Autorità di Pubblica Sicurezza, ai vertici ed agli organi di controllo dell'ente.

Nel caso di attentati ai beni dell'ente o di minacce è fatto obbligo a tutti coloro che operano per l'ente, a qualsiasi titolo e livello, di informare immediatamente le autorità di pubblica sicurezza, fornendo senza reticenza e con pieno spirito di collaborazione, tutte le informazioni e notizie possedute, non solo in relazione agli eventi lesivi specifici, ma anche in ordine ad eventuali antefatti e circostanze rilevanti ai fini delle indagini.

È altresì immediatamente segnalato all'Organismo di Vigilanza da parte di chiunque ne venga a conoscenza, ogni ulteriore fatto od elemento da cui si possa desumere il pericolo di interferenze criminali sull'attività dell'ente.


L'Organismo di Vigilanza, in via autonoma, ne informa senza ritardo la Prefettura competente.

L'obbligo di segnalazione non esclude l'ulteriore obbligo di denuncia alla competente autorità giudiziaria o ad altra autorità che a quella abbia l'obbligo di riferire.

12.5. Clausole contrattuali standard nei rapporti con fornitori e collaboratori

I fornitori, partners e collaboratori della Fondazione, di seguito indicati come FORNITORE, si impegnano al rispetto degli obblighi di seguito evidenziati laddove applicabili:

- a) obbligo del pieno rispetto dei Decreti Legislativi 8 giugno 2001, n. 231, 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche ed integrazioni
- b) obbligo di verificare periodicamente il sito www.operasancamillo.net al fine di conoscere gli eventuali aggiornamenti dei regolamenti sopra richiamati.
- c) obbligo a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE presso l'indirizzo email odv@camilliani.net ogni e qualsiasi comportamento scorretto di cui dovesse venire a conoscenza, anche se attuato da personale o soggetti che agiscono in nome o per conto della FONDAZIONE.
- d) obbligo, nella esecuzione della propria prestazione a favore della Fondazione, a non dare o promettere a pubblici ufficiali o ad incaricati di un pubblico servizio, denaro o altre utilità per ottenere atti contrari al dovere d'ufficio, ovvero atti d'ufficio, ovvero preferenze o facilitazioni di sorta, anche se ciò dovesse essere nell'interesse o a vantaggio della FONDAZIONE. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale violazione dell'obbligo in oggetto di cui dovesse venire a conoscenza.
- e) obbligo, nella esecuzione della propria prestazione a favore della Fondazione, ad assumere ed utilizzare esclusivamente personale in regola con la vigente norma in materia di immigrazione. Chiunque venisse a conoscenza di violazioni di tale obbligo è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE.

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 26/31</p>
--	---	---

- f) obbligo di assicurare ai propri dipendenti e collaboratori il regolare trattamento retributivo/economico, secondo il proprio ccnl di riferimento e/o le norme di riferimento, nonché il puntuale versamento contributivo ed assicurativo previsto dalle vigenti normative.
- g) obbligo di rispettare le norme in materia di sicurezza sul lavoro ai sensi del d. lgs. 81/08
- h) obbligo a non rilasciare a Pubbliche Autorità, dichiarazioni false, mendaci, non veritiere, inesatte, ovvero rifiutarsi di rilasciare dichiarazioni e di obbligarsi a collaborare attivamente e lealmente con le Pubbliche Autorità rilasciando le dichiarazioni da queste eventualmente richieste. Tale obbligo sussiste anche se tali dichiarazioni dovessero essere contrarie ad interessi della FONDAZIONE nel in cui il FORNITORE sia tenuto a rilasciare tali dichiarazioni in forza di norme imperative. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale richiesta o pressione in violazione di quanto sopra dovesse ricevere da soggetti che operano per conto od in nome della FONDAZIONE.
- i) obbligo di non dare o promettere denaro o altre utilità non dovute, anche per interposta persona, a sindaci, ad amministratori, direttori, dirigente della FONDAZIONE - o altro personale sottoposto alla direzione e controllo di questi -, al fine di indurli a compiere od omettere atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento alla FONDAZIONE. Parimenti il FORNITORE si obbliga a non accettare o corrispondere, anche per interposta persona, denaro o altre utilità, non dovute, a favore di propri sindaci, amministratori, dirigenti - o altro personale sottoposto alla direzione e controllo di questi - al fine di indurli a compiere od omettere atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento al FORNITORE stesso. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale violazione dell'obbligo in oggetto di cui dovesse venire a conoscenza in ragione della propria opera.
- j) obbligo allo scrupoloso rispetto dei principi a tutela del diritto d'autore, con particolare riferimento all'uso di software e banche dati regolarmente licenziate e nei limiti e termini delle suddette licenze. In nessuno caso potranno essere installati sui sistemi della Fondazione software privi di licenza od in violazione a questa. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della Fondazione ogni eventuale caso di violazione del diritto d'autore di cui dovesse venire a conoscenza in esecuzione del proprio incarico, come pure a segnalare eventuali richieste che dovessero pervenirgli da parte di soggetti che operano per conto od in nome della Fondazione.

Il rispetto di quanto sopra è parte essenziale delle obbligazioni derivanti dai rapporti contrattuali intercorrenti tra la Fondazione ed il FORNITORE e la violazione comporta la risoluzione espressa della stessa ai sensi dell'art. 1456 C.C., salvo ed impregiudicato ogni diritto per la Fondazione, ivi incluso il diritto al risarcimento di ogni e qualsiasi danno subito o subendo.

Specifiche norme contrattuali vanno previste, laddove applicabili, in materia di:

- obbligo di segnalazione in caso di condanne per reati presupposto ex d. lgs. 231/01 o procedimenti cautelari
- obbligo di segnalazione di conflitto di interesse
- gestione delle informazioni riservate
- Nomina a Responsabile Trattamento dei Dati
- Dichiarazioni antimafia
- Assenza di procedure concorsuali
- Tracciabilità dei flussi finanziari
- Attestazioni di regolarità fiscale e contributiva

13. LA GESTIONE DELLA REDAZIONE DEL BILANCIO E PREVENZIONE DEI REATI TRIBUTARI

Tutti i dipendenti coinvolti nelle attività di formazione del bilancio o di altri documenti similari devono garantire:

- massima collaborazione
- completezza e chiarezza delle informazioni fornite
- accuratezza dei dati e delle elaborazioni
- tempestiva segnalazione di eventuali conflitti di interesse.

In aggiunta a quanto già previsto nel Codice etico è necessario:

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 27/31</p>
--	---	---

- assicurare un'attività di formazione di base verso tutti i responsabili di funzione, affinché conoscano almeno le principali nozioni sul bilancio (norme di legge, sanzioni, principi contabili, ecc.)
- l'istituzione di procedure chiare e tempificate con cui si stabilire quali dati e notizie debbono essere forniti all'Amministrazione, nonché quali controlli devono essere svolti su elementi forniti dall'Amministrazione e da "validare".
- Prevedere che il responsabile di funzione che fornisce dati ed informazioni relative al bilancio o ad altre comunicazioni sociali dell'obbligo sottoscriva una dichiarazione di veridicità e completezza delle informazioni trasmesse. In tale dichiarazione andrà di volta in volta asseverato ciò che obiettivamente e concretamente il soggetto responsabile può documentalmente dimostrare (anche a seguito di verifica successiva) sulla base dei dati in suo possesso, evitando, nell'interesse stesso dell'efficacia dei protocolli, affermazioni generali e generiche.

In sede di approvazione del bilancio è necessario procedere alla consegna a tutti i componenti del Consiglio di amministrazione prima della riunione del Consiglio per l'approvazione dello stesso di:

- a. bozza del bilancio, allegando una documentata certificazione dell'avvenuta consegna della bozza in questione;
- b. giudizio sul bilancio (o attestazione similare, sufficientemente chiara ed analitica) da parte della società di certificazione, ove esistente;
- c. lettera di attestazione o di manleva richiesta dalla società di revisione, ove esistente, sottoscritta dal massimo vertice esecutivo e siglata dal Responsabile amministrativo.
- d. prevedere almeno una riunione tra la società di certificazione, il Collegio Sindacale, e l'Organismo di Vigilanza prima della seduta del Consiglio di Amministrazione indetta per l'approvazione del bilancio, che abbia per oggetto tale documento, da documentarsi mediante verbale.

Tra le informative previste a favore dell'OdV è prevista quella relativa agli incarichi conferiti, o che si intende conferire, alla società di revisione diversi da quello concernente la certificazione del bilancio;

Al fine di prevenire la commissione di reati tributari la Fondazione adotta le seguenti regole:

- Tracciabilità completa delle prestazioni fatturate a privati ed enti:
 - ogni prestazione fatturata ad un ospite/paziente deve essere associata ad una impegnativa, presa in carico di ente mutualistico/assicurativo, referto, cartella o Fasciolo sanitario con riscontro documentale sia analogico che digitale.
 - Ogni prestazione fatturata ad Enti privati ed alla PA deve essere documentata da apposito contratto/convenzione
- Nel caso di partecipazione a progetti di ricerca, partecipazione a progetti che prevedono il recepimento di contributi pubblici o a bandi di formazione finanziata:
 - Deve essere adottata una contabilità analitica al fine di procedere alla corretta separazione dei costi e dei ricavi riconducibili all'attività di progetto
 - Occorre adottare misure utili a "neutralizzare" i documenti giustificativi dei costi diretti (es. materiali, leasing e noleggi) rendicontabili al fine di evitare possibili doppie imputazioni dei costi su progetti/commesse differenti
 - Occorre collaborare con gli organismi di audit nominati dalla UE / Ministero / Regione / Enti Paritetici ecc.
 - laddove - nell'ambito di progetti svolti in collaborazione con altri Partner, Enti e istituti - vi siano prestazioni reciproche tra i diversi soggetti partecipanti, successivamente o parallelamente fatturate all'erogatore committente, occorre assicurare meccanismi di doppio controllo al fine di garantire la correttezza e congruenza delle prestazioni reciproche fatturate.
- Ogni prestazione fatturata da collaboratori e liberi professionisti deve originare da un formale incarico in cui siano determinati o determinabili il corrispettivo e l'oggetto della prestazione. Deve inoltre essere resa evidenza dell'attività fatturata.

- Ogni transazione con le parti correlate e con l'Ente fondatore deve trovare giustificazione da convenzioni e/o delibere degli enti coinvolti.
- I contratti con fornitori/appaltatori che prevedono il contestuale affitto di ramo di azienda (per utilizzo attrezzature e cessione personale) devono essere redatti con atto pubblico.

14. PROCESSO DI GESTIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

14.1. SCOPO, E AMBITO DI APPLICAZIONE OWNER DEL PROCESSO

Questa sezione del documento ha lo scopo di definire le regole per la conduzione e mantenimento del processo denominato "231", ovvero del complesso di attività e risorse tra loro organizzate al fine di mantenere conforme ed allineato l'ente alle disposizioni prescritte dal D.L.vo 231/2001 e successive modifiche od integrazioni.

Obiettivo primario del processo è la conformità al D.L.vo 231/2001 al fine di mantenere indenne l'ente dalle responsabilità amministrative previste dalla norma.

Questa policy si applica all'ente ed a tutti coloro che operano per suo conto e/o nome.

La normativa di riferimento è il D.L.vo 231/2001 come modificato ed aggiornato.

La responsabilità del processo spetta al Consiglio di amministrazione.

Il Consiglio di amministrazione può delegare compiti relativi al presente processo a soggetti che per esperienza, affidabilità e competenze offrano le massime garanzie di miglior adempimento.

La delega deve essere scritta ed indicare specificamente e chiaramente i compiti e le responsabilità delegate.

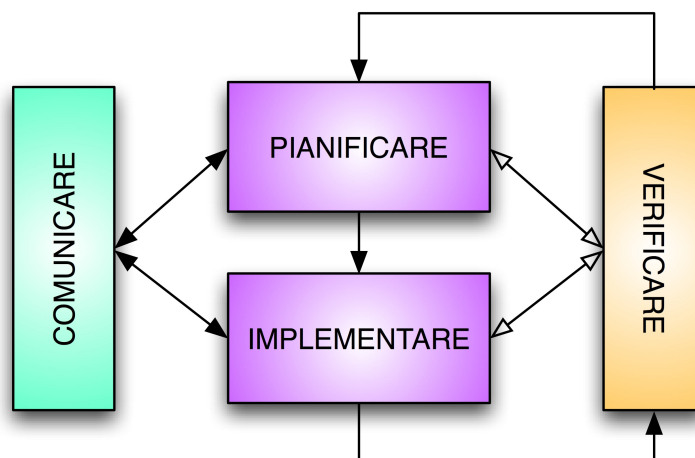
Il Consiglio di amministrazione ha il compito di vigilare la corretta opera dei delegati.

14.2. CICLICITA'

Il processo "231" è dinamico ovvero deve essere adattato ed aggiornato periodicamente e, straordinariamente, ogni volta che si verificano importanti e rilevanti mutamenti organizzativi dell'ente ovvero della normativa di riferimento, ovvero si sia verificato un grave incidente (commissione di un reato).

Lo schema segue illustra le diverse fasi del processo "231".

SCHEMA PROCESSO 231



Il processo è caratterizzato dalle due fasi centrali.

La pianificazione avvia il processo ed è il punto da cui esso si rinnova nel corso delle revisioni.

Nella fase di pianificazione:

- sono individuati e formalizzati gli obiettivi ed i limiti del processo,
- è definita la strategia per il loro raggiungimento,
- sono definite ed individuate le risorse per l'attuazione del processo,
- sono definiti i ruoli ed assegnate le responsabilità,
- sono definite le direttive in base alle quali le risorse dovranno essere gestite,
- sono definiti i tempi di attuazione,
- sono individuati i soggetti destinatari del piano di comunicazione.

Nella fase di implementazione sono attuate le direttive definite nella fase precedente.

La verifica si sviluppa secondo due diversi aspetti:

- durante l'esecuzione delle fasi di "pianificazione" ed "implementazione" quale complemento di queste attraverso il monitoraggio delle fasi stesse (freccette con la punta bianca). Il monitoraggio deve essere effettuato in modo da guidare le attività in modo da garantire costantemente il rispetto della strategia definita e dei tempi assegnati.
- al termine della "implementazione" quale autonoma fase di verifica dell'efficacia ed efficienza di quanto attuato. Periodicamente è opportuno che la verifica venga effettuata da un soggetto esterno all'ente al fine di garantire l'efficienza ed obiettività della verifica effettuata dagli organismi interni.

Contemporaneamente all'esecuzione delle fasi centrali (pianificazione ed implementazione) deve essere mantenuto attivo un sistema di comunicazione tra i soggetti che conducono il processo, l'ente, i referenti della Fondazione Opera S. Camillo e gli stakeholder rilevanti, in modo da renderli partecipi e consapevoli delle attività in corso, guadagnandone la collaborazione e beneficiando degli eventuali feedback.

14.3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

Il Modello di Organizzazione e gestione (MOG) è l'output più importante del processo 231.

L'esistenza di un MOG idoneo efficacemente attuato, infatti è la prima condizione perché l'ente possa essere sollevato dalla responsabilità amministrativa prevista dal D.L.vo 231/2001 (Art.5 co. 1 lett. a) D.L.vo 231/2001).

14.3.1. IDONEITA'

L'idoneità del MOG deve essere valutata e garantita secondo due aspetti fondamentali, le modalità secondo cui è sviluppato ed il suo contenuto.

14.3.2. MODALITA'


Il D.L.vo 231/2001 penalizza l'inefficienza organizzativa degli enti, quando da questa dipende la commissione di uno dei reati previsti dalla norma.

Il MOG rappresenta la principale contromisura di carattere organizzativo attraverso la quale i rischi di commissione dei reati sono ridotti.

Ne consegue che deve essere condotta una analisi dei rischi propedeutica al MOG al fine di:

- individuare quali sono i reati che potenzialmente possono interessare l'ente,
- descrivere i rischi connessi a tali reati,
- disegnare gli scenari di rischio avendo a riferimento le componenti critiche dell'ente (persone, attività, sistema informativo, risorse finanziarie),
- valutare i rischi individuati,
- individuare le criticità e le priorità di intervento,
- individuare le contromisure per ridurre i rischi.

Ogni revisione del MOG deve essere preceduta e fondata su una analisi dei rischi; ogni nuova attività avviata dall'ente che possa interessare materie di pertinenza del D.L.vo 231/2001 deve essere preceduta da una specifica analisi dei

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 30/31</p>
--	---	---

rischi.

L'analisi dei rischi spetta al Consiglio di amministrazione ove non abbia provveduto con delega conforme a quanto indicato al superiore punto 3).

14.3.3. CONTENUTO

L'art. 5 co. 2 lett. a, b, c, d, e descrive il contenuto minimo del MOG:

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

Ne consegue che il MOG deve essere sviluppato tenendo conto almeno dei superiori contenuti minimi.

14.3.4. ATTUAZIONE

La norma prevista dall'art.5 co.1 lett. a del D.L.vo 231/2001 prescrive che il MOG seppure idoneo ed adottato di per se non è sufficiente ad esplicare la sua funzione se non è stato efficacemente attuato.

Ne consegue che l'attuazione deve essere costantemente monitorata in fase di implementazione e, quindi, al completamento deve essere verificata.

Il monitoraggio deve essere eseguito a cura di colui che ha il compito di condurre il processo 231, a tal fine, preliminarmente alla implementazione deve essere sviluppato un piano di implementazione ove siano chiaramente definiti i tempi, gli obiettivi di attuazione (milestone) e la metrica da adottare. Ove il Consiglio di amministrazione abbia delegato un soggetto per l'implementazione:

- questo deve essere munito delle necessarie competenze, professionalità ed esperienza;
- gli devono essere assegnate sufficienti risorse e deve essere munito dell'autorità funzionale necessaria;
- dello stato di implementazione deve essere costantemente informato il Consiglio direttivo.

14.3.5. ADOZIONE

Il MOG e le successive revisioni sono adottati dal Consiglio di amministrazione.

14.3.6. REVISIONE

Le revisioni ordinarie devono essere precedute da una verifica (audit) che definisca:

- lo stato di implementazione, l'efficacia e l'efficienza del MOG,
- le novità intervenute nel periodo in esame,
- gli eventuali incidenti accaduti.


Sulla base dei risultati della verifica deve essere sviluppata l'analisi dei rischi sulla cui base, quindi, viene revisionato il MOG secondo il ciclo sopra indicato al punto 4.1.

14.4. LA DOCUMENTAZIONE 231

La documentazione relativa al processo 231 comprende:

1. il MOG,
2. la documentazione relativa alla analisi dei rischi,
3. la documentazione relativa a verifiche,
4. tutta la ulteriore documentazione prodotta a supporto e per l'implementazione (quale ad es. piano di implementazione, piano di comunicazione e relativi documenti prodotti, piano di formazione e relativi documenti prodotti).

I documenti possono essere in formato cartaceo od elettronico.

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</p>	<p>Rev. 5 Pag. 31/31</p>
--	--	--

La produzione dei documenti è finalizzata:

- I) a fissare e trasmettere le decisioni dell'ente;
- II) a provare nel tempo la diligenza dell'ente.

TABELLA DOCUMENTI 231

DOCUMENTO	FINE
MOG	Formalizza gli obiettivi di conformità al D.L.vo 231/2001 e le attività svolte dall'ente. Costituisce il perno della prova a discolora che l'ente deve fornire ai sensi dell'art. 5 D.L.vo 231/2001. Vi sono inclusi gli allegati ed i documenti delle revisioni.
ANALISI DEI RISCHI	E' la base su cui è sviluppato il MOG. Giustifica le scelte adottate. Rappresenta l'elemento principale per la valutazione di idoneità del MOG.
AUDIT	Sono i documenti di preparazione di verifiche e controlli, i risultati e le considerazioni di lettura. Provano l'attività di verifica che è condizione di efficace attuazione del MOG.
MONITORAGGI	Sono i documenti relativi ai controlli in corso di implementazione ed ai successivi controlli di routine del funzionamento del sistema. Contribuiscono a provare l'efficienza della implementazione e della gestione
PIANO DI COMUNICAZIONE	Sono i documenti relativi alla programmazione, organizzazione ed attuazione delle comunicazioni sia interne che esterne all'ente, relative al processo 231. Provano l'impegno, la correttezza e la trasparenza dell'ente nonché l'efficienza del processo.
COMUNICAZIONI	Sono le comunicazioni che avvengono, nel corso del processo 231, all'interno dell'ente. Provano l'effettività degli obiettivi di comunicazione e contribuiscono all'efficienza ed efficacia del processo 231.
PIANO DI FORMAZIONE	Sono i documenti relativi alla programmazione, organizzazione attuazione e verifica del piano di formazione. Provano l'impegno e la correttezza dell'ente, l'efficienza del processo, l'efficacia del MOG di cui costituiscono uno degli elementi essenziali.
MATERIALI DI FORMAZIONE	Sono i materiali utilizzati per la formazione. Provano l'efficacia della formazione.

I principi sopra espressi sono poi tradotti in procedure di dettaglio ed attuati a seconda delle specifiche caratteristiche e necessità operative.

14.5. INFORMAZIONI

Un piano di comunicazione deve essere sviluppato al fine di:

- garantire la qualità e la quantità delle comunicazioni sia interne che esterne all'ente;
- individuare i soggetti destinatari e le necessità di informazione di ciascuno di essi;
- garantire la riservatezza delle segnalazioni di irregolarità;
- garantire il rispetto del principio di trasparenza.

14.6. FORMAZIONE

La formazione è un elemento essenziale del MOG in quanto costituisce la condizione preliminare per garantire i corretti comportamenti e correggere quelli scorretti.

Deve essere predisposto annualmente un programma di formazione differenziato nei contenuti e modi a seconda dei destinatari.

Devono essere stabiliti i ruoli e le responsabilità per l'implementazione ed i controlli.

Il programma deve essere implementato e quindi verificato per misurarne l'efficacia.

15. REVISIONI

Questa è la Revisione 5 del Regolamento Generale di Policy 231, approvata dal Consiglio di Amministrazione il 23 luglio 2020