

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE, CONTROLLO ex D.Lgs. 231/2001 Parte Generale

VERSIONE	DATA	APPROVAZIONE	MODIFICHE
0.0	04.12.2012	CdA	Prima versione
1.0	11.04.2013	CdA	Inserimento regolamento OdV, elenco procedure
1.1	22.07.2013	CdA	Nomina nuovo CdA, elenco procedure Aggiunta nuovo reato-presupposto art.25-duodecies Regolarità permessi di soggiorno, adeguamento L.190/2012 nuovi reati
1.2	28.11.2013	CdA	Elenco procedure
2.0	29.04.2014	CdA	Elenco procedure
2.1	06.10.2014	CdA	Elenco procedure
3.0	13.11.2014	CdA	Elenco procedure
3.1	11.12.2014	CdA	L. 190/2012, D. Lgs. 39/2014, L. 62/2014, emersione e rientro di capitali detenuti all'estero e reato di autoriciclaggio, elenco procedure
4.0	27.04.2015	CdA	Elenco procedure
4.1	29.07.2015	CdA	Elenco procedure
4.2	27.10.2015	CdA	Elenco procedure
4.3	16.12.2015	CdA	L. 68/2015, L.69/2015, elenco procedure
5.0	29.04.2016	CdA	Elenco procedure
5.1	28.09.2016	CdA	Elenco procedure
5.2	14.12.2016	CdA	Elenco procedure
6.0	14.06.2017	CdA	Nuovo CdA, L.199/2016
7.0	26.04.2018	CdA	Elenco procedure
7.1	07.11.2018	CdA	D.Lgs. 38/2017, Linee guida ANAC, L.179/2017, elenco procedure
8.0	29-04-2019	CdA	Parte IV (nuova) whistleblowing e Parte V rivista la parte disciplinare, nuova procedura flussi e segnalazioni.
9.0	22-11-2019	CdA	Elenco procedure
10.0	18-12-2020	CdA	Aggiornamento normativo su reati tributari, frode in pubbliche forniture, peculato, abuso di ufficio, ecc...
11.0	23-03-2021	CdA	Aggiornati consiglieri per dimissione, elenco soci.
12.0	16-07-2021	CdA	Aggiornati Presidente e consiglieri nuovo CdA 2021-2025 ed elenco Procedure
13.0	14-12-2023	CdA	Aggiornamento degli incarichi, adeguato alle previsioni del D. lgs 24/2023 in materia di whistleblowing ed elenco procedure

INDICE

PARTE GENERALE

PREMESSA – DESCRIZIONE DELL'ENTE (dal Bilancio Sociale e VDR)

1. Scheda Anagrafica dell'Ente e delle persone di riferimento (tratto dalla Valutazione dei rischi per la salute negli ambienti di lavoro)
2. Dal Bilancio Sociale - SCHEDA N° 2 - "IDENTITA' DELL'ORGANIZZAZIONE NON PROFIT" - Breve storia - Missione, valori e strategie - Missione, finalità, valori e principi dell'ente coerentemente con quanto indicato nell'atto costitutivo e lo Statuto (Indicazione dell'oggetto sociale – lo Statuto - Settore in cui l'organizzazione opera ed indicazione dei beni o servizi prodotti - Tipologia di mercati/utenza servita/beneficiari delle attività - Sottoscrizione o adozione di codici di condotta, principi e carte sviluppati da enti/associazioni esterne relative alla performance economica, sociale e ambientale - Indicazione di obiettivi e strategie di medio-lungo termine)
3. Dal Bilancio Sociale - SCHEDA N. 4 - "ASSETTO ISTITUZIONALE" - Assemblea dei Benefattori - Consiglio di Amministrazione - Collegio Sindacale - Trasparenza e gestione potenziali conflitti di interesse
4. Dal Bilancio sociale - SCHEDA N. 8 - "STRUTTURA ORGANIZZATIVA" Organigramma funzionale - Mansionario del Direttore – Mansionario del Medico Responsabile
5. Dal Bilancio sociale - SCHEDA N. 9 - "COMPOSIZIONE BASE SOCIALE" Soci benefattori

CAPITOLO I - ASPETTI GENERALI

1°) - Definizioni -

2°) - Generalità -

- 2,1 - Natura giuridica della responsabilità -
- 2,2 - I soggetti interessati: a) la Fondazione è tra i destinatari -
- 2,2 - I soggetti interessati: b) l'analisi dei reati -
- 2,3 - Le sanzioni -
- 2,4 - La responsabilità dell'Ente e le circostanze che la escludono -
- 2,5 - Gli adempimenti da assolvere per prevenire il pericolo di responsabilità -

CAPITOLO II -LINEE E CRITERI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

3°) - Modalità assunte nel processo di elaborazione del Modello Organizzativo -

- 3,1 - Obiettivi del Modello -
- 3,2 - Linee guida -
- 3,3 - Altre analisi ed adempimenti assunti nella fase di elaborazione del Modello -
- 3,4 - Adozione del Modello Organizzativo -

4°) - Modello Organizzativo della Fondazione -

- 4,1 - Ambito di adozione -
- 4,2 - Analisi delle aree nel cui ambito possono essere commessi reati -
- 4,3 - Criteri generali e regole fondamentali sul procedimento e sui comportamenti -
- 4,4 - Adempimenti informativi -
- 4,5 - Rapporti libero-professionali -

4,6 - Procedure e sistemi di controllo esistenti -

IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AZIENDALE

5. Organismo di Vigilanza e Controllo

5.1 Ruolo dell'Organismo di Vigilanza e Controllo

5.2 Rapporti dell'Organismo e dei suoi Membri

5.3 Compiti

CAPITOLO III DELL'INIZIATIVA E DEL CONTROLLO

1. Organismo di vigilanza
2. Risorse finanziarie dell'OdV
3. Autonomia e garanzie per l'operatività dell'OdV
4. Funzioni dell'OdV
5. Poteri dell'Organismo di Vigilanza

CAPITOLO IV DELLA SEGNALEZIONE DI FATTI ILLECITI AI SENSI DEL D. LGS 24/2023 (WHISTLEBLOWING)

CAPITOLO V

- 7 - Sistema disciplinare
 - 7.1- Rilevanza delle trasgressioni -
 - 7.2- Sanzioni applicabili -
 - 7.3- Modalità di applicazione provvedimenti disciplinari -
 - 7.4- Estensione della responsabilità -
 - 7.5- Riservatezza -
 - 7.6- Provvedimento a carico di Amministratori
 - 7.7- Rivalsa -

PARTE GENERALE

PREMESSA – DESCRIZIONE DELL'ENTE (dal Bilancio Sociale e VDR)

1. Scheda Anagrafica dell'Ente e delle persone di riferimento (tratto dalla Valutazione dei rischi per la salute negli ambienti di lavoro)

La storia dell'Ente

Eretta Ente Morale Costituita per Regio Decreto il 9 Luglio 1931, pubblicata sulla G.U. del Regno d'Italia n°200 di Lunedì 31 Agosto 1931, l'Opera Pia "Casa del Cieco" inizia la sua attività in Civate, in via N. Sauro 5, ma con sede legale a Milano, in Via Villa Mirabello, sede della Casa dei Ciechi di Guerra di Milano. Nel tempo poi diventa IPAB.

Nel Luglio del 1991 si privatizza diventando Associazione con personalità giuridica di diritto privato (depubblicizzazione in applicazione delle Leggi Regionali 27 Marzo 1990, n° 21 e 22, deliberazione Giunta Regionale 5 marzo 1991 n° 6360, pubblicata sul BURL del 1/7/1991, serie ordinaria n° 27). Nel nuovo Statuto si trasferisce la sede legale a Civate.

Con l'avvento della Legge istitutiva delle ONLUS, la 460 del 1997, in base all'art. 10 della stessa, si decide la trasformazione nella forma giuridica di Fondazione, più rispondente al fine del patrimonio, con atto del 16 dicembre 1999, n° 1431/509 di repertorio Alessandro Bresciani notaio in Asso. La trasformazione viene approvata con Delibera di Direzione Generale Interventi Sociali della Regione Lombardia n° 11219 del 4 Maggio 2000, pubblicata sul BURL Serie Inserzioni, n° 30 del 26 Luglio 2000.

L'Ente risulta iscritto alla Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di Lecco da parte della Regione Lombardia con atto del 07/04/2001, n° 879, con il numero Repertorio Economico Amministrativo REA LC 293864

Alla luce di queste trasformazioni, allo stato attuale si può definire la seguente scheda anagrafica:

Denominazione	Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS		
Sede legale	via N. Sauro, 5 – 23862 – Civate – LC		
	Codice Fiscale	02340430152	
	Partita IVA	02051000137	
	Tel.	0341-550331	
	Fax.	0341-210135	
e-mail	direzione@fondazionecasadelcieco.191.it direzione@casadelcieco.org		
	PEC:	casadelcieco@pec.it	
Organi Istituzionali:	Soci Benefattori (Fondatori, Straordinari, Temporanei) Collegio Sindacale (nomina quadriennale) Consiglio di Amministrazione (nomina quadriennale) Presidente Pro-tempore / Legale Rappresentante (nomina quadriennale)		
Figure Direzionali	Direttore Amministrativo Medico Responsabile	Dipendente Libero professionista	
Attività svolta:	RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) per ciechi ed anziani vedenti		
Posti letto:	95 posti autorizzati di cui 60 posti accreditati e 35 privati Primo riconoscimento contributi sul FSR 1-1-1994		
Autorizz.al Funzionamento:	Temporanea n° 26 del 10/10/2001 Amm. Prov. LC Temporanea n° 4 del 21/03/2003 Amm. Prov. LC Temporanea n° 24 del 04-10-2005 Amm. Prov. LC Temporanea n° 588 del 31-12-2008 A.S.L. LC Aut. Definitiva n° 50 del 03 Febbraio 2010 A.S.L. LC		

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

1.1. Scheda Anagrafica Presidente Pro – tempore e Datore di Lavoro

Cognome e nome **Lisi Franco**
Nato a **Rocca san Casciano (FC)**
il **05/07/1963**
Residente in **via Marghera, 53**
Luogo **Milano (MI)**
C.F. **LSI FNC 63L05 H437J**
Cell. **335.5822609**
E mail **franco.lisi@istciechimilano.it**
Data di Elezione come rappresentante Assemblea soci benefattori **29-05-2021**
Data di Elezione da parte del C.d.A. ed accettazione carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.2. Scheda Anagrafica Vice - Presidente Pro - tempore

Cognome e nome **Riva Rosaria**
Nato a **Lecco (LC)**
il **26/11/1958**
Residente in **via C.A. Dalla Chiesa, 2**
Luogo **Oggiono (LC)**
C.F. **RVIRSR58S66E507A**
Cell. **347.6012060**
E mail **erreriva2@gmail.com**
Data di Elezione come rappresentante Assemblea soci benefattori **29-05-2021**
Data di Elezione da parte del C.d.A. ed accettazione carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.3. Scheda Anagrafica Consiglieri

Cognome e nome **Falaguerra Donatella**
Nato a **Milano (MI)**
il **17/07/1951**
Residente in **Piazza Manzoni, 23**
Luogo **Lecco (LC)**
C.F. **FLGDTL51L57F205A**
Tel. **0341-363498**
Cell. **338.1380744**
E mail **falaguerra.donatella@gmail.com**
Data di Elezione come rappresentante Assemblea soci benefattori **29-05-2021**
Data di inizio carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.4. Scheda Anagrafica Consiglieri

Cognome e nome **Mauri Rosa Maria**
Nato a **Lecco (LC)**
il **04/04/1958**
Residente in **via Belvedere, 1/B**
Luogo **Civate (LC)**
C.F. **MRARMR58D44E507H**

Cell. **333.4780108**
e-mail **rosella.mauri@tim.it**
Data di Elezione come rappresentante Assemblea soci benefattori **29-05-2021**
Data di Elezione da parte del C.d.A. ed accettazione carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021 – 2025**

1.5. Scheda Anagrafica Consiglieri

Cognome e nome **Seva Maria Grazia**
Nato a **Valmadrera (LC)**
il **31/12/1953**
Residente in **via Bovara, 1/G**
Luogo **Valmadrera (LC)**
C.F. **SVEMGR53T71L634F**
Tel. **0341.583126**
Cell. **338.8967681**
e-mail **mgseva@alice.it**
Data di Elezione come rappresentante Assemblea soci benefattori **29-05-2021**
Data di inizio carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.6. Scheda Anagrafica Consiglieri

Cognome e nome **Sestini Novella**
Nato a **Roncade (TV)**
il **16/10/1955**
Residente in **via P. Mazzucconi, 1**
Luogo **Civate (LC)**
C.F. **SSTNLL55R56H523R**
Cell. **349.4300295**
e-mail **novella.giorgioni@virgilio.it**
Membro di diritto, nominato dall'Arcivescovo di Milano in data **13-04-2021**
Data di inizio carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.7. Scheda Anagrafica Consiglieri

Cognome e nome **Vassena Paola**
Nato a **Lecco (LC)**
il **01/06/1960**
Residente in **via Ghislanzoni, 11**
Luogo **Lecco (LC)**
C.F. **VSSPLA60H41E507Z**
Cell. **331.9633439**
e-mail **paola.vassena@yahoo.it**
Membro di diritto, nominato dall'Unione Italiana
dei Ciechi ed Ipovedenti di Lombardia in data **15-05-2021**
Data di Elezione da parte del C.d.A. ed accettazione carica **16-07-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

COLLEGIO SINDACALE

1.8. Scheda Anagrafica Componenti Collegio Sindacale - Presidente

Cognome e nome **Negri Giuseppe**
Nato a **Lecco (LC)**
il **19-09-1945**
Residente in **via Balicco, 63**
Luogo **Lecco (LC)**
C.F. **NGRGPP45P19E507B**
Tel. **0341.226911**
Fax. **0341.360544**
Cell. **338.7193908**
e-mail m.negri@studionegri.com pino.negri45@gmail.com
Iscritto al Registro dei Revisori Contabili al n° 40864
Data di incarico dall'Assemblea dei soci benefattori **29-05-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.9. Scheda Anagrafica Componenti Collegio Sindacale

Cognome e nome **Bisceglie Luca**
Nato a **Como (CO)**
il **16-12-1962**
Residente in **via S. Arialdo da Cucciago ,13**
Luogo **Como (CO)**
C.F. **BSCLCU62T16C933J**
Tel. **031.281702**
Iscritto al Registro dei Revisori Contabili al n° 6256
Data di incarico dall'Assemblea dei soci benefattori **29-05-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.10. Scheda Anagrafica Componenti Collegio Sindacale

Cognome e nome **Maffei Andrea**
Nato a **Lecco (LC)**
il **22/05/1977**
Residente in **via F.lli Rosselli, 2**
Luogo **Lecco (LC)**
C.F. **MFFNDR77E22E507R**
Tel. **0341.285317**
Cell. **329.2262475**
Iscritto al Registro dei Revisori Contabili al n° 149842
Data di incarico dall'Assemblea dei soci benefattori **29-05-2021**
Periodo di validità della carica: **2021-2025**

1.11. Scheda Anagrafica Membri supplenti Collegio Sindacale

Cognome e nome **Pagani Flaminio**
Nato a **Asso (CO)**
il **09/07/1930**
Residente in **via V. Veneto, 11**

Luogo	Asso (CO)	
C.F.	PGNFMN30L09A476Y	
Tel.	031.681265	
Data di incarico dall'Assemblea dei soci benefattori		29-05-2021
Periodo di validità della carica:		2021-2025

1.12. Scheda Anagrafica Membri supplenti Collegio Sindacale

Cognome e nome	Nuzzo Laura	
Nato a	Como (CO)	
il	27.02.1964	
Residente in	via S. Arialdo da Cucciago,13	
Luogo	Como (CO)	
C.F.	NZZLRA64B67C933G	
Tel.	0341.281702	
Data di incarico dall'Assemblea dei soci benefattori		29-05-2021
Periodo di validità della carica:		2021-2025

ALTRE FIGURE

1.13. Scheda Anagrafica Figure Direzionali - Direttore

Cognome e nome	Butti Claudio	
Nato a	Lecco (LC)	
il	19-08-1977	
Residente in	via Roncaglio, 34/a	
Luogo	Civate (LC)	
C.F.	BTTCLD77M19E507K	
Tel.	0341-210312	
Cell.	339.2726252	
Data di Assunzione	12-10-2020	
Periodo di validità della carica:	Lavoratore dipendente a tempo indeterminato	

1.1. Scheda Anagrafica Figure Direzionali - Medico Responsabile

Cognome e nome	Bonacina Carlo Ambrogio	
Nato a	Lecco (LC)	
il	12/07/1960	
Residente in	via Monte Barro, 23	
Luogo	Galbiate (LC)	
C.F.	BNCCLM60L12E507R	
Tel.	0341.240328	
Cell.	329.2325556	
Isritto al n° 936 dell'Ordine dei Medici della prov. di Lecco		
Data di Incarico	Incarico annuale	
Periodo di validità della carica:	01-02-2023/31-01-2024	

1.2. Scheda Anagrafica Figure obbligatorie ai fini della legge 81/2008

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	
Cognome e nome	Agostoni Francesca
Nato a	Lecco (LC)

il **06-03-1984**
Residente in **via Borgo delle noci 12/b**
Luogo **Civate (LC)**
C.F. **GSTFNC84C46G009T**
Tel.
Cell. **340-4800893**
Data di Assunzione **10-05-2021**
Data inizio incarico **08-07-2022 (D.Lgs.81)**
Corsi di Formazione *Modulo A – 28 ore novembre-2021;*
Modulo B + SP3 – 60 ore febbraio 2022;
Modulo C – 24 ore gennaio -2022
*scadenza validità formazione **febbraio 2026***

1.3. Scheda Anagrafica Figure obbligatorie ai fini della legge 81/2008

Medico Competente

Cognome e nome **Pellegatta Marco**
Nato a **Vimercate**
il **12/01/1980**
Residente in **Via S. Giorgio, 14**
Luogo **Vimercate**
CF. **PLLMRC80A12M052L**
Tel. **039 5973052**
Cell.

Titolo di studio **Specialista in Medicina del Lavoro**

Iscritto all'Ordine dei medici e degli Odontoiatri di Monza, n° 03107

C/o Studio Medico Medlav – via B. Colleoni 23 (Palazzo Pegaso) Agrate Brianza tel. Data di

Nomina **23-12-2019**

Durata del Contratto di incarico **31-12-2023**

1.4. Scheda Anagrafica Figure obbligatorie ai fini della legge 81/2008

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Cognome e nome **Castagna Davide**
Nato a **Lecco (LC)**
il **26-01-1991**
Residente in **Via del Pozzo,28**
Luogo **Civate (LC)**
C.F. **CSTDVD91A26E507X**
Cell. **346.9619344**
Data di elezione da parte dei Lavoratori **30-10-2021**
Durata dell'incarico triennale **2021/2024**
Formazione corso 32 ore - terminato il 27-10-2021
Aggiornamento negli ultimi tre anni: 4 ore 21/11/2023

1.5. Scheda Anagrafica Figure obbligatorie ai fini della legge 231/2001

Membro dell'Organismo di Vigilanza monocratico

Cognome e nome **Mozzanica Raffaele**
Nato a **Lecco**
il **23/01/1977**

Residente in	via Gandini n.9/A
Luogo	Lecco (LC)
C.F.	MZZRFL77A23E507T
Cell.	345.6963852
Data di Nomina	20 Luglio 2022
Passaggio consegne ed inizio	20 Luglio 2022
Durata del Contratto di incarico	Annuale con rinnovo automatico salvo disdetta
Curriculum ai sensi della 231/2001	Esercitatore della materia di Diritto amministrativo dei servizi sociali Facoltà sociologia presso l'Università Bicocca di Milano, febbraio 2022 Dal 2011 nominato membro dell'Osservatorio Giuridico Lombardo Diocesi di Milano Dal 2013 partecipa al Tavolo del terzo Settore di Regione Lombardia Dal 2014 nomina a membro della Consulta Opere Assistenziali Diocesi di Milano Dal 2014: nominato membro del CDA Fondazione Servire la Famiglia

Mail Organismo di Vigilanza

odv.civate@gmail.com

SCHEDA N. 2 - "IDENTITA' DELL'ORGANIZZAZIONE NON PROFIT"

Generalità

- 2.1 Nome dell'organizzazione**
2.2 Indirizzo sede legale
2.3 Luogo della principale sede dell'Organizzazione Non Profit
2.4 Altre sedi secondarie

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS
Via N. Sauro, 5
23862 Civate (LC)

Non esistono altre sedi secondarie

Nell'assemblea straordinaria del 18 luglio 2019 l'Ente si è dato un nuovo Statuto in linea con la riforma del Terzo Settore, scegliendo la forma giuridica di ETS con doppia clausola di efficacia sospesa, nelle more della istituzione del Registro Unico del Terzo Settore (RUNTS) ed eventuale rideterminazione in Impresa Sociale in base ai provvedimenti mancanti di natura fiscale da parte del Governo. Fino ad allora l'Ente manterrà l'attuale stato di ONLUS.

- 2.5 Forma giuridica, con evidenza delle eventuali trasformazioni nell'esercizio**
2.6 Configurazione fiscale dell'Organizzazione Non Profit

Fondazione
ONLUS – prossimo ETS

- 2.7 Breve storia**

La storia della Casa del Cieco

Uno degli elementi distintivi della Fondazione Casa del Cieco è sicuramente il percorso che porta dalla sua costituzione alla situazione odierna.

Essa infatti negli anni '30 era il primo ed unico istituto di assistenza **per ciechi civili** in Lombardia orientato a promuovere l'assistenza di tali soggetti svantaggiati, di cui l'economia e la finanza sociale non erano in grado di farsi carico, proponendosi come punto di riferimento per il sostegno e lo sviluppo di tutte le situazioni che preoccupavano le Istituzioni circa l'impatto sociale della cecità. Le prime esperienze di intermediazione con le varie Istituzioni per la soluzione di quei primi casi sociali hanno fatto sì che il bacino di utenza raggiungesse il territorio dell'intera penisola.

Ogni azione assume valore in quanto frutto di persone ed organizzazioni radicate su di un territorio: ovviamente, trattandosi di un'attività assistenziale comunque non improntata a logica imprenditoriale, anche la solvibilità del beneficiario dovette essere oggetto di valutazione da parte delle varie istituzioni o amministrazioni tenute a questo per legge.

I settori di intervento della Casa del Cieco, all'inizio ed in sintesi, furono i seguenti:

- solidarietà sociale: progetti di inserimento di soggetti svantaggiati o disabili nel mondo del lavoro;
- ambiente ed ecologia: di produzione, distribuzione di prodotti naturali, di equilibrio ambientale;
- assistenza e cura dei soggetti più deboli;
- cultura ed informazioni: sostegno e stimolo di attività creative, artistiche, della libera espressione dei soggetti;
- cura dell'aspetto spirituale;
- formazione alle vocazioni religiose, con particolare interesse per le giovani.

Lo sviluppo della Casa del Cieco, costante fino agli anni '90, ha risentito bruscamente di alcuni interventi legislativi:

- nel 1986 viene emanata la prima legge della Regione Lombardia, la Legge 1 che norma i principali aspetti assistenziali e pone le premesse per il Piano Socio Assistenziale 1987-90;
- nel 1991 la Casa del Cieco viene depubblicizzata, passando da IPAB a Associazione.

Nel 1992 viene inoltrata la richiesta di diventare Casa di Riposo: questo significa fare uno sforzo non indifferente per adeguarsi alla normativa.

Nel 1993 e nei primi anni seguenti il rinnovato Consiglio di Amministrazione si fa carico di questo sforzo ed arriva a formulare un Piano Programma per la realizzazione in più anni della ristrutturazione complessiva della Casa del Cieco.

Nel 1997 si realizza il nuovo Reparto Protetto.

Nel 2001 si conclude l'iter burocratico per la trasformazione da Associazione a Fondazione ONLUS.

Nel 2001- 2002 continua il lento ma progressivo adeguamento delle camere del 1° e 2° piano della palazzina degli anni '70.

Nel mese di Giugno 2003 si concludono i lavori di rifacimento delle cucine, con realizzazione di un nuovo ascensore in quell'area.

Nel mese di Novembre 2003 si cominciano altri lavori per realizzare un nuovo ascensore montalettighe ad uso antincendio in sostituzione di uno a funi nella palazzina nuova.

Nei mesi di settembre-ottobre 2004 si realizza il nuovo riscaldamento della Chiesa di S. Calocero.

Nel 2005 si realizza uno scavo archeologico nell'abside sud della Chiesa di S. Calocero, con progettazione per il consolidamento ed la fruizione dei beni architettonici ritrovati. Oltre a questo si arriva ad un accordo con la Comunità Montana del Lario Orientale per la realizzazione nella nostra sede di un Centro di Documentazione del Romanico, inserito nel PLIS (Parco Locale di Interesse Sovracomunale), e dopo mesi di lavori viene inaugurato il 22 Luglio 2006.

Sul finire del 2006 si inizia lo scavo archeologico nella cripta di S. Calocero per la messa a norma del riscaldamento, dell'illuminazione e per il restauro delle superfici affrescate.

Nel 2007 si porta a compimento la pavimentazione della cripta (restano ancora da restaurare gli affreschi), la ristrutturazione della abitazione del custode, la posa di un nuovo selciato nel chiostro, si comincia la ristrutturazione del reparto del chiostro.

Nel 2008 viene terminato il restauro della cripta che viene inaugurata in Giugno, mentre continua la ristrutturazione del reparto chiostro, di cui viene terminato il lotto "A" nel mese di Giugno. Alcuni mesi di ritardo nella realizzazione dei lavori derivano dal ritrovamento di alcuni fregi cinquecenteschi nella parte superiore della sala pranzo e dal relativo restauro.

Nel 2009, in Aprile, vengono terminati completamente i lavori come da Piano Programma. E' la fine di un itinerario durato 12 anni, che ha comportato il dispendio di ingenti energie. Questo prelude al rilascio della Autorizzazione al Funzionamento Definitiva, dopo verifica dei requisiti da parte della ATS di Lecco.

Nel 2010 infatti, nel mese di Febbraio, viene rilasciata dalla ATS di Lecco l'Autorizzazione al Funzionamento Definitiva.

Nel 2011 si è badato all'asestamento delle attività, rivedendo le procedure interne di lavoro alla luce della nuova disposizione di spazi.

Nel 2012 si è presentata sullo scenario europeo e specialmente italiano, una crisi economica molto importante, che si è fatta sentire in ogni settore della vita pubblica. Come negli altri settori c'è stata una contrazione della domanda, che nel nostro caso ha avuto ripercussioni sul numero complessivo di giornate di assistenza erogate. In un contesto generale di contrazione della spesa, si è badato ad amministrare in modo oculato le risorse. Nello stesso tempo si sono affrontate alcune innovazioni tecnologiche, che hanno dato i loro frutti.

Nel 2012 grazie ai contributi stanziati dalla Fondazione Cariplo e dalla Regione Lombardia, si è iniziato il rifacimento del tetto della Chiesa di S. Calocero, con il restauro delle facciate e la realizzazione di scale ad hoc per rendere visitabili gli affreschi del sottotetto, e nel 2014 i lavori sono stati ultimati.

Nel 2014 è stata restaurata la cappella sud, dedicata nel passato a Santa Francesca Romana. I lavori di restauro hanno riportato alla luce una serie di affreschi dedicati alla Santa. E' poi iniziato il restauro della cappella nord, nel passato dedicata alla Passione. Anche qui sono tornati alla luce dei brani di affreschi, mentre quelli già visibili sono stati restaurati. I lavori sono stati terminati nel 2015, e la Cappella, pur mantenendo il nome di Cappella della Passione, è stata dedicata ai martiri cristiani del terzo millennio. Al centro dell'abside è stata collocata una copia della Statua lignea della Madonna Addolorata venerata in Parrocchia di Civate, ma originaria della nostra Chiesa e salvata durante il periodo napoleonico.

Nel 2016 sono state rinfrescate/ripulite (il termine restaurate è forse troppo) le quattro camere di degenza che hanno il soffitto decorato a secco nel 1892, sotto la proprietà Nava.

Nel 2017 è iniziato il restauro dell'aula centrale e abside della Chiesa di San Calocero.

Missione, valori e strategie

2.11 Missione, finalità, valori e principi dell'ente coerentemente con quanto indicato nell'atto costitutivo e lo statuto

Valori

I valori assunti dalla Fondazione, ossia gli orientamenti valoriali e i principi deontologici assunti per guidare scelte strategiche, linee politiche e comportamenti operativi di tutti coloro che, a vario titolo e a livelli diversi, contribuiscono alla sua gestione, sono desumibili dallo Statuto.

Missione

La *mission* della Casa del Cieco si desume dal suo nome, e si articola nei seguenti punti:

- ☐ Dare una Casa ed essere come una Casa
- ☐ Permettere l'accesso alla Casa ai soggetti svantaggiati dell'ambito sociale ed in particolare ai ciechi

- ❑ Garantire il parente in ordine alla precisione, all'efficienza della gestione e alla cura degli affidati in modo coerente con le proprie attese
- ❑ Agire nel rispetto dell'uomo e dell'ambiente e delle specificità culturali dei contesti territoriali in cui operiamo per una migliore qualità della vita

Si tratta di una missione estremamente ambiziosa.

La Fondazione ha, però, fin dall'inizio deciso di intraprendere questo percorso pur nella consapevolezza delle difficoltà che avrebbe potuto incontrare lungo il cammino. Bisogna infatti coniugare le procedure rigide del sistema sanitario con l'esigenza di dare risposte flessibili ai nostri ospiti, l'efficienza con la solidarietà, la partecipazione con il rispetto dei ruoli e delle funzioni, la risposta ai bisogni della società civile con l'attivazione di processi assistenziali particolari, attenti all'uomo e all'ambiente, l'attenzione per l'economia "sociale" con il tentativo di contagiare l'economia "tradizionale", ecc. Solo grazie allo sforzo congiunto di tutti gli interlocutori che possono influenzare o essere influenzati dalla fondazione, quest'ultima potrà perseguire il suo scopo per lungo tempo, contribuendo a rendere più sensibile il sistema sociale in ordine alle problematiche connesse alla cecità, alla solidarietà e all'ambiente e a migliorare le condizioni di vita delle fasce più deboli della società.

2.12 Indicazione dell'oggetto sociale

Lo Statuto

Lo Statuto riprende i principi che stanno alla base della Fondazione. Questi ultimi possono essere così riassunti:

- l'istituzione ha lo scopo di fornire assistenza a persone minorate della vista
- per quanto consentito dalle proprie strutture non utilizzate per minorati della vista, può provvedere all'assistenza di persone anziane in stato di bisogno per ragioni di ordine economico, fisico o relazionale
- opera esclusivamente nel territorio della Regione Lombardia
- svolge la sua attività nei settori della beneficenza, dell'assistenza sociale e socio-sanitaria, nonché della formazione. Persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale
- non svolge altre attività oltre quelle sopra citate in modo esclusivo, ad eccezione di quelle a esse direttamente connesse
- Le attività assistenziali a favore delle persone ammesse a fruire dei servizi e delle prestazioni della Fondazione vengono svolte nello stabile di proprietà della Fondazione in Civate, via N. Sauro,5

2.13 Settore in cui l'organizzazione opera ed indicazione dei beni o servizi prodotti

Trattandosi di una RSA, la Fondazione è una realtà molto complessa; ciò è dovuto alla compresenza e interazione tra attività e livelli diversi: livelli specificatamente tecnici, tipici dell'attività socio-sanitaria, si affiancano a livelli di tipo sociale e associativo, esigenze di carattere operativo e normativo si intrecciano con istanze, tensioni e bisogni socio culturali.

La Fondazione Casa del Cieco, nell'ambito della sua attività assistenziale a favore dei ricoverati, fornisce in proprio o attraverso terzi, tutta una serie di servizi che normalmente sfuggono ad una osservazione superficiale o comunque non sono così presenti nell'immaginario collettivo quando si parla di RSA. Per questo motivo procederemo ad una quantificazione dei servizi erogati, allo scopo di fornire un'idea più chiara circa la realtà delle RSA al lettore.

Cominciamo dall'elencazione dei servizi:

Servizio medico	Servizi infermieristici:
-----------------	--------------------------

• visite per l'ingresso • visite per cadute • visite specialistiche esterne	➤ somministrazione terapie ➤ medicazioni ➤ prelievi
Servizi Fisioterapici RIABILITATIVI: Rinforzo muscolare Recupero della stazione eretta Recupero del cammino Servizi Fisioterapici TERAPIA FISICA Infrarossi, Radarterapia, Tens, Ultrasuoni, Ultravioletti Servizi Fisioterapici TERAPIA DI MANTENIMENTO Cyclette, Massaggi, Mobilizzazione attiva, Mobilizzazione passiva, Ginnastica di gruppo	Servizio animativi: Lettura del quotidiano Giochi, Attività creative e manipolative Attività psicomotoria, Uscite e visite guidate Attività individuali (ascolto/dialogo) Servizio ausiliario (solo servizi alla persona, escludendo i servizi alberghieri, come letti e pulizie, colazione, pranzo, cena, thè e camomilla) Bagni, controllo scariche, Cambio pannoloni Frizioni, Spugnature

2.14 Tipologia di mercati/utenza servita/beneficiari delle attività

Provenienza degli ospiti

Gli ospiti accolti provengono dai seguenti comuni:

	2018	2019	2020	2021	2022
MONZA BRIANZA E LECCO	116	119	77	136	143
BERGAMO	1	1	-	1	1
MILANO E PROV.	2	2	-	8	8
COMO E VARESE	2	2	-	6	7
PAVIA E PROV.	-	-	-	-	-
SONDRIO, VALCAMONICA E SEBINO	-	1	-	1	2
MANTOVA E CREMONA	-	-	-	-	-
Roma	-	-	-	1	-
Olbia	-	-	-	-	-
Parma	1	-	-	-	-
TOTALI	155	122	125	153	162

Dal prospetto si evidenzia come nel 2022 le risposte ai bisogni siano state distribuite per il 88,82 % nel territorio della provincia di Lecco e Monza Brianza, per il 4,97% da Milano, il 4,35% dall'Insubria.

2.15 Sottoscrizione o adozione di codici di condotta, principi e carte sviluppati da enti/associazioni esterne relative alla performance economica, sociale e ambientale

La creazione di una Carta dei Servizi, che ha visto la luce nel 2002, in un itinerario di creazione condiviso con altre 6 RSA e con i dipendenti, ha recepito, in ottemperanza all'Allegato D della Delibera n° VII/6587 del 29.10.2001 della Giunta Regionale Lombarda, la **Carta dei diritti della Persona Anziana**. Un altro significativo passo dell'Ente è stata l'adozione del **Codice Etico** nel 2006 e del **Codice di Comportamento degli Organi Istituzionali**; Nel 2012 è stato adottato il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo previsto dal D. Lgs. 231/01, è stato rivisto il Codice Etico, è stato nominato l'Organismo di Vigilanza e questo iter ha consentito di dare organicità al sistema di procedure ed istruzioni operative del Sistema Qualità, mentre si è avviato il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro secondo le linee guida INAIL. Sul finire del 2013 si è iniziata la creazione del nuovo portale web: www.casadelcieco.org. Nel 2014 sono state adottate la Politica della Sicurezza e la Politica Ambientale. Nel 2015 si è avviata e conclusa la prima revisione triennale delle procedure che guidano le attività della Fondazione, oltre alla revisione del Codice Etico. Nel 2016 si è fatta una

prima verifica del sistema di miglioramento della qualità avviato nel 2015 e si è potuto poi impostare meglio il piano relativo agli anni successivi.

2.16 Indicazione di obiettivi e strategie di medio-lungo termine

La Fondazione Casa del Cieco, nata e sviluppata nel Terzo Settore, è chiamata soprattutto nei prossimi anni, secondo le linee proposte dalla regione Lombardia, a trovare una risposta per lo sviluppo di un'assistenza socio/sanitaria, in un'ottica di qualità al servizio dell'uomo. E' per questo che si stanno intensificando le relazioni con interlocutori istituzionali – Regione, Comune, Provincia, ATS di Lecco, finalizzate al consolidamento e allo sviluppo della Fondazione che malgrado i suoi 86 anni si sente ancora molto giovane e cerca di guardare molto lontano e intende farlo aggregando in rete soggetti sensibili alle problematiche sociali.

Per garantire uno sviluppo sereno ed equilibrato della Fondazione sono prioritari due interventi:

- A) intervento strutturale che è terminato nel 2009 per quanto riguarda le aree di degenza (nuova proroga Regionale), ma che richiede continua attenzione per mantenere la struttura in perfetta efficienza. Nel 2012 è iniziato il rifacimento del tetto della Chiesa di S.Calocero, portato poi a termine. Ora si sta finendo la Chiesa restaurando l'aula centrale.
- B) intervento gestionale che è continuo, e teso alla qualità
- C) progettazione o apertura a nuove unità di offerta pensate dal Legislatore regionale

Per raggiungere questo obiettivo, il Consiglio di Amministrazione e la Direzione, in collaborazione con i consulenti, affrontano e tengono monitorato tale aspetto. L'obiettivo della ristrutturazione complessiva, è stato un passaggio obbligato per dare solidità all'intero progetto, reperendo le risorse fondamentali al fine di sostenere lo sviluppo ed il radicamento della Fondazione nel territorio.

SCHEDA N. 4 - “ASSETTO ISTITUZIONALE”

Assemblea

4.1 N. di assemblee tenute nel periodo oggetto di rendicontazione e, per ciascuna di essa, livello di partecipazione dei soci (numero totale e % sul totale aventi diritto di voto, distinguendo tra in proprio e per delega).
Verificare l'effettivo funzionamento delle assemblee

Assetto istituzionale ed organizzativo

Il singolo socio partecipa alla vita ed alle decisioni della Fondazione con un voto nell'Assemblea dei Benefattori. Il livello di partecipazione dei soci, va comunque al di là di questo ed è strettamente legato alla sensibilità che questi hanno nei confronti dei ciechi: molti di essi fanno parte del Movimento Apostolico Ciechi, che si adopera per rendere più familiare il soggiorno dei nostri ospiti attraverso la visita settimanale di alcuni di essi e le festeciole di ogni fine mese per festeggiare i compleanni. L'assetto istituzionale della Fondazione è costituito dagli organi previsti dalla normativa vigente (Assemblea dei Benefattori, Consiglio di Amministrazione e Collegio Sindacale)

Organi obbligatori

Assemblea dei Benefattori

La Fondazione ha quale organo di partecipazione e supporto alle proprie attività istituzionali la Assemblea dei Benefattori.

Tale Assemblea comprende tre categorie di partecipanti, definiti Soci Fondatori, Soci Vitalizi e Soci Temporanei.

Sono Soci Fondatori coloro che hanno promosso la costituzione originaria dell'Ente.

Sono Soci Vitalizi coloro che hanno versato o che verseranno una somma "una tantum" fissata dall'Assemblea per l'assunzione di tale qualità; detta somma non potrà comunque essere inferiore a Lire 2.000.000 (duemilioni) ovvero €. 1.032,91.

Sono Soci Temporanei coloro che versino la quota annuale fissata dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione.

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione decide sulle domande di ammissione dei partecipanti; contro le decisioni negative del Consiglio è ammesso ricorso all'Assemblea.

La qualità di socio Fondatore, se si tratta di Enti giuridici, si perde solo con lo scioglimento degli stessi Enti, se si tratta di persone fisiche, si perde solo per morte o per recesso.

Anche la qualità di socio Vitalizio non si perde se non per morte o per recesso del Socio stesso.

Il Socio Temporaneo conserva tale qualità per il 1° anno cui si riferisce il contributo versato ed anche successivamente ove provveda a versare la quota annuale di contributo associativo.

Decadono dalla qualifica di Soci coloro che commettono atti in violazione a norme di legge o in violazione al presente Statuto.

La decadenza del Socio è pronunciata dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione, previa contestazione dei fatti sopra indicati, da eseguirsi in contraddittorio fra le parti interessate, ferma la possibilità di ricorso all'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 24 del Codice Civile. I Soci che figurano iscritti nei registri della Fondazione, che siano in regola coi versamenti se si tratta di Soci temporanei hanno diritto ad intervenire alle Assemblee ed hanno un voto per ciascuno, a qualsiasi categoria appartengano e qualunque sia il contributo da essi versato. Possono altresì farsi rappresentare, mediante delega scritta, da altro Socio, che comunque non potrà presentare più di tre deleghe.

Le Assemblee sono ordinarie e/o straordinarie, ai sensi di legge. L'assemblea ordinaria si riunisce almeno una volta all'anno entro il mese di maggio per l'espressione del parere in merito all'approvazione del bilancio consuntivo dell'esercizio precedente della Fondazione.

L'Assemblea straordinaria è convocata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione quando ciò si renda opportuno o necessario, ai sensi di legge, o ne sia fatta domanda sottoscritta da almeno un quinto degli Associati o per invito dell'Autorità Tutoria o su ordine del Presidente del Tribunale.

Le Assemblee sono convocate dal Presidente del Consiglio di Amministrazione mediante invito scritto portante la data, l'ora ed il luogo di convocazione, nonché l'ordine del giorno delle materie da trattarsi. Le norme per portare a conoscenza degli interessati l'invito stesso sono fissate da regolamento interno approvato dal Consiglio di Amministrazione.

Oltre all'espressione del parere in ordine all'approvazione del bilancio consuntivo, l'assemblea ordinaria annuale:

- nomina alle fissate scadenze i membri di sua spettanza nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione.
- nomina il Collegio Sindacale della Fondazione ed il Presidente dello stesso Collegio, che riferirà all'Assemblea sul bilancio consuntivo dell'esercizio ed sull'andamento, in generale, della Fondazione.

L'Assemblea straordinaria delibera in ordine al parere da esprimersi per:

- le eventuali modifiche statutarie della Fondazione,
- lo scioglimento della Fondazione

L'Assemblea straordinaria delibera inoltre in merito alla devoluzione del patrimonio in caso di scioglimento della Fondazione.

Tutti i pareri dell'Assemblea dei benefattori sono obbligatori ed hanno valore meramente consultivo e non vincolante. Le deliberazioni dell'Assemblea ordinaria e straordinaria sono prese a maggioranza assoluta dei voti dei presenti, sarà sufficiente la maggioranza relativa quando si tratti di nomine.

Per la validità dell'Assemblea ordinaria in prima convocazione è necessario l'intervento di almeno la metà più uno degli Associati. In seconda convocazione l'Assemblea ordinaria è valida qualunque sia il numero dei soci intervenuti.

L'Assemblea straordinaria è validamente costituita, in prima convocazione, con la presenza di almeno tre quarti dei soci ed, in seconda convocazione, qualunque sia il numero degli intervenuti.

Le votazioni sono sempre palesi, salvo che si tratti di nomine o di questioni personali in tal caso si voterà a schede segrete. Per deliberare il parere in merito allo scioglimento dell'Ente e le devoluzioni del patrimonio residuo, occorre il voto favorevole di almeno tre quarti dei Soci.

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione o da altra persona nominata dall'assemblea stessa. I relativi verbali sono firmati dalla persona che ha presieduto e dal Segretario.

Indicatore della partecipazione alla attività sociale

Nel corso del 2022, l'assemblea dei Benefattori si è riunita una volta, in modo ordinario il 27/05, presenti 33 su 45, con una percentuale del 73,33%.

Vediamo negli ultimi anni la tabella di raffronto.

	2017	2018	2019	2019 straordinaria	2020	2021	2022
Benefattori aventi diritto	29	27	26	24	26	38	45
Partecipanti	21	20	18	20	18	34	33
Di cui N° deleghe	5	5	5	6	5	9	13
Partecipanti sugli aventi diritto	72,41%	74,07%	69,23%	83,33%	69,23%	89,47%	73,33%

All'Assemblea ordinaria era presente il Collegio sindacale rappresentato da un membro su tre.
L'assemblea ha approvato il Bilancio del 2021.

Organi di governo

4.2 Composizione organo/i di governo (es. CdA) specificando nome e cognome, anzianità di carica, professione, altri ruoli di governo/di controllo svolti in altre organizzazioni (profit, non profit o pubbliche)

Descrizione dell'organo di governo

Sono membri del nuovo Consiglio di Amministrazione dal 16.07.2021:

Lisi Franco	(Presidente) - Direttore scientifico
Riva Rosaria	(Vicepresidente) - pensionata
Mauri Rosa Maria	- impiegata
Falaguerra Donatella	- avvocato
Sestini Novella	- pensionata
Seva Maria Grazia	- pensionata
Vassena Paola	- impiegata

Il Presidente è anche Legale Rappresentante dell'Ente.

Le elezioni in seno al Consiglio non hanno regole prefissate, ovvero personaggi che di diritto assumano delle cariche. Verificando la ripartizione delle cariche conferite, in questo caso possiamo notare che la Presidente eletta dal CdA è uno dei membri designati dai Benefattori.

4.3 Modalità di nomina dell'organo/i di governo

Verificare la procedura di nomina dell'organo di governo

Consiglio di Amministrazione

La Fondazione è retta da un Consiglio di Amministrazione composto di cinque a sette membri nominati, rispettivamente, uno dall'Arcivescovo di Milano, uno dall'Unione Italiana Ciechi, i restanti dall'Assemblea dei Benefattori. Il Consiglio di Amministrazione sceglie nel proprio seno il Presidente ed il Vice Presidente.

Il Presidente ed i membri del Consiglio di Amministrazione durano in carica quattro anni e possono essere rieletti. Le funzioni dei membri del Consiglio sono gratuite.

Sono nominati alla carica di membri del Consiglio di Amministrazione, e se eletti decadono, coloro che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 2382 CC.

Decadono pure dalla carica i membri del Consiglio che, senza giustificato motivo, non intervengano per tre volte consecutive alle sedute del Consiglio medesimo.

La decadenza è pronunciata dal Consiglio, previa contestazione scritta dei motivi all'interessato.

Se nel corso dell'esercizio venissero a mancare uno o più Consiglieri, gli altri provvedono a richiedere tempestivamente la indicazione del sostituto da parte del titolare del potere di nomina.

I membri così nominati permangono in carica fino alla scadenza naturale del Consiglio

Nel caso venisse meno contemporaneamente la maggioranza dei Consiglieri, il Consiglio decade e ci dovrà provvedere all'insediamento di un nuovo Consiglio nei termini previsti.

Le riunioni del Consiglio di Amministrazione sono ordinarie e/o straordinarie

Le prime hanno luogo ogni qualvolta il Presidente lo giudichi opportuno per il buon andamento della Fondazione ed in ogni caso almeno due volte ogni anno, nei mesi di novembre e di giugno (in quest'ultimo mese per la approvazione del bilancio consuntivo dell'esercizio precedente)

Le altre riunioni hanno luogo quando ne sia fatta domanda sottoscritta da almeno tre dei componenti il Consiglio, ovvero a seguito di disposizione dell'Autorità Tutoria.

La convocazione del Consiglio fatta dal Presidente con lettera raccomandata contenente l'ordine del giorno degli argomenti da trattare, spedita almeno (tre) giorni prima della adunanza a ciascun amministratore ed ai sindaci effettivi; nei casi di urgenza la convocazione potrà essere effettuata a mezzo telegramma, telex o telefax da inviarsi almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'adunanza.

Sarà comunque valida la riunione del consiglio, anche se non convocata a termini di quanto sopra previsto, quando siano presenti tutti gli amministratori e tutti i sindaci effettivi.

Le deliberazioni del Consiglio devono essere prese con l'intervento della metà più uno dei suoi membri ed a maggioranza assoluta degli intervenuti-

Le votazioni si fanno per appello nominale o a voto segreto. Saranno comunque sempre a voti segreti quando si tratti di deliberazioni da assumersi a carico di persone.

L'Amministratore che in una determinata operazione ha, direttamente od indirettamente, per conto proprio o di terzi, interessi in conflitto con quello della Fondazione, deve darne comunicazione agli altri Consiglieri e deve astenersi dalle deliberazioni riguardanti l'operazione stessa.

I processi verbali delle deliberazioni sono stesi dal Segretario nominato dal Consiglio, e sono firmati dal Presidente e dallo stesso Segretario.

Il Consiglio di Amministrazione provvede alla gestione della Fondazione ed al suo regolare funzionamento; in particolare, il Consiglio:

- determina in conformità agli scopi istituzionali, i criteri e le modalità di erogazione delle rendite;
- stabilisce le modalità di ammissione all'assistenza e le norme di funzionamento dello stabile di proprietà della Fondazione in Civate via Nazario Sauro n° 5 ; delibera i regolamenti di amministrazione, il servizio interno e per il personale; promuove, quando occorra, la modificazione dello statuto; assume, sospende o licenzia il personale dipendente; delibera in genere su tutti gli affari e le operazioni, anche di straordinaria amministrazione, che interessano l'Ente ; nomina il segretario; approva il Bilancio Annuale.

Il Consiglio può delegare talune proprie attribuzioni al Presidente. Il Consiglio può altresì deliberare la nomina di procuratori per singoli atti o categorie di atti.

L'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio è demandata al presidente, al quale è conferita la legale rappresentanza dell'Ente, tanto di fronte ai terzi che in giudizio. Il Presidente cura il normale funzionamento della Fondazione, firma la corrispondenza, le liquidazioni dei conti, e in generale tutti gli atti amministrativi, ordina i pagamenti, assolve gli altri compiti amministrativi a lui delegati dal Consiglio.

Egli prende, in caso d'urgenza, tutti i provvedimenti reclamati dal bisogno, anche se di espressa competenza del Consiglio, salvo riferirne al Consiglio medesimo. In caso di assenza o di impedimento del Presidente ne fa le veci il Vice Presidente.

4.5 Soggetto che ha la Rappresentanza legale

Il Consiglio può delegare talune proprie attribuzioni al Presidente. Il Consiglio può altresì deliberare la nomina di procuratori per singoli atti o categorie di atti.

L'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio è demandata al presidente, al quale è conferita la legale rappresentanza dell'Ente, tanto di fronte ai terzi che in giudizio.

Lisi Franco	(Presidente) – Direttore scientifico
-------------	--------------------------------------

4.6 Deleghe conferite ai componenti dell'organo di governo Verificare la ripartizione delle cariche dei componenti

Al momento non esistono procure o deleghe particolari se non quelle per la firma dei conti correnti, che sono disgiunte ed illimitate fra Presidente, Vice-presidente e Direttore. E' in atto la revisione del sistema organizzativo che avrà una sua formalizzazione a breve. Vedere comunque il riferimento nella parte speciale per deleghe e procure.

4.7 Entità dei compensi, a qualunque titolo, corrisposti ai membri degli organi di governo Entità degli eventuali compensi

La Fondazione è retta da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque a sette membri nominati, rispettivamente, uno dall'Arcivescovo di Milano, uno dall'Unione Italiana Ciechi, i restanti dall'Assemblea dei Benefattori. Il Consiglio di Amministrazione sceglie nel proprio seno il Presidente ed il Vice Presidente.

Il Presidente ed i membri del Consiglio di Amministrazione durano in carica quattro anni e possono essere rieletti. Le funzioni dei membri del Consiglio sono gratuite.

Composizione e professionalità del Collegio dei Revisori (o altro organo di controllo simile)

4.9 Composizione effettiva dell'organo di controllo attualmente in funzione, indicando professione, titolo di studio, durata della carica ed eventuale abilitazione professionale. Verifica della qualità e della professionalità dei membri

Collegio Sindacale

Al Collegio Sindacale, eletto dall'Assemblea Ordinaria, spetta il compito di vigilare sull'amministrazione della Fondazione, affinché essa avvenga nel rispetto dei vincoli legali e statutari, dei regolamenti e delle deliberazioni sociali, con particolare attenzione al contenuto patrimoniale.

Il Presidente del Collegio Sindacale redige una relazione per l'assemblea dei benefattori, che viene letta in sede di presentazione del bilancio.

Sono membri del collegio sindacale:

Nome e cognome	Anno di nascita	qualifica
Giuseppe Negri	1945	(Presidente) - Commercialista
Luca Bisceglie	1962	(Sindaco Effettivo) - Commercialista
Andrea Maffei	1977	(Sindaco Effettivo) - Commercialista
Flaminio Pagani	1930	(Sindaco Supplente) - Pensionato
Nuzzo Laura	1964	(Sindaco Supplente) - Ragioniera

Trasparenza e gestione potenziali conflitti di interesse

4.16 Regime di pubblicità del bilancio di esercizio

Pubblicità del bilancio di esercizio

Per Statuto il bilancio di esercizio viene presentato all'assemblea dei Benefattori.

4.17 Disposizioni e procedure interne in essere per garantire che non si verifichino conflitti di interesse negli organi ed evidenze sulla loro attuazione

Verificare il rischio di conflitti di interesse

Nel 2006 la Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS ha adottato un **Codice di Comportamento degli Organi Istituzionali**, che viene qui modificato come segue (in corsivo sottolineato le parti modificate rispetto al precedente):

1. Destinatari

Le indicazioni contenute nel presente codice di comportamento sono destinate agli amministratori nominati, su designazione della Assemblea dei Soci benefattori nel consiglio di amministrazione della Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS ovvero rappresentanti segnalati dai membri di diritto in seno al suddetto C.d.A.

2. Finalità

Scopo del presente codice di comportamento è quello di fornire agli amministratori cui è destinato criteri omogenei di condotta in modo da consentire agli stessi di svolgere il proprio incarico in un quadro organico di riferimento, nel rispetto dei principi di Corporate Governance (Governo Aziendale) e, quando possibile, in coerenza con l'interesse dell'Ente.

Esso deve essere anche inteso come uno strumento diretto a massimizzare il supporto che l'Ente, attraverso l'utilizzo di tutte le competenze in esso presenti, fornisce agli amministratori cui il codice è destinato per il migliore espletamento dei compiti ad essi affidati.

In considerazione delle finalità sopra enunciate, l'Ente ha la ragionevole aspettativa che, pur non avendo il presente codice di comportamento carattere di imperatività, gli amministratori cui è destinato assumano, nello svolgimento del proprio incarico, comportamenti conformi alle indicazioni in esso contenute.

3. Ente e Soggetti partecipati

Agli effetti del presente codice per società facenti parte dell'Ente devono intendersi le società direttamente o indirettamente controllate dall'Ente. Alla data odierna non ne esistono.

Per società partecipate devono invece intendersi tutti i soggetti i quali detengono una partecipazione di qualsiasi entità alla quale corrisponde il diritto di nominare uno o più componenti dell'organo consiliare (membri di Diritto). Ad oggi si tratta dell'Arcivescovo di Milano e dell'Unione Italiana Ciechi Regionale.

4. Interesse dell'Ente

Agli effetti del presente codice di comportamento per interesse dell'Ente deve intendersi l'interesse comune al raggiungimento degli scopi statuari.

5. Attività di direzione e coordinamento

Il Consiglio di Amministrazione svolge un'attività di direzione e coordinamento nei confronti dell'indicazione di linee strategiche relative agli aspetti organizzativi ed alle politiche del personale a livello macro, dalla gestione della finanza strategica e della contabilità, dalla gestione delle problematiche fiscali soprattutto in chiave di pianificazione, dalla gestione delle politiche di comunicazione, dalla gestione delle politiche in materia di ambiente, salute e sicurezza.

Gli amministratori devono curare che le decisioni siano analiticamente motivate e rechino puntuale indicazione delle ragioni e degli interessi la cui valutazione ha inciso sulla decisione stessa. Devono inoltre dare adeguato conto di tali decisioni nella Relazione sulla gestione che accompagna il bilancio di esercizio.

6. Interessi degli amministratori

Gli amministratori osserveranno nell'espletamento del proprio incarico le disposizioni in materia di interesse proprio o per conto di terzi previste dall'art. 2391 del Codice Civile.

In particolare, gli amministratori devono dare notizia agli altri amministratori e al collegio sindacale di ogni interesse che, per conto proprio o di terzi, abbiano in una determinata operazione della società, precisandone la natura, i termini, l'origine e la portata; se il portatore di un interesse per conto proprio o di terzi è amministratore dell'Ente, egli deve astenersi dal compiere l'operazione, investendo della stessa l'organo collegiale. Nei casi suddetti, la deliberazione del consiglio di amministrazione deve adeguatamente motivare le ragioni e la convenienza per l'Ente dell'operazione.

Il rispetto di tale norma sarà perseguito dagli amministratori non solo sul piano individuale ma anche con riferimento a situazioni che potrebbero riguardare gli altri componenti dell'organo consiliare.

Sarà pertanto assicurata una costante vigilanza in ordine all'eventuale sussistenza di situazioni nelle quali i componenti dell'organo consiliare siano portatori, per conto proprio o di terzi, di un interesse in relazione agli argomenti posti all'ordine del giorno.

Gli amministratori in particolare valuteranno con attenzione, dal punto di vista sopra considerato, tutte le operazioni con soggetti terzi che l'organo consiliare fosse chiamato ad approvare, chiedendo espressamente che gli altri componenti dell'organo consiliare dichiarino l'eventuale esistenza di rapporti, direttamente o indirettamente in capo agli stessi, tali da renderli portatori di un interesse autonomo rispetto a quello dell'Ente. Per quanto riguarda le operazioni, gli amministratori dovranno curare con attenzione le operazioni/attività significative rilevate nel Risk- Assessment ai fini del D. Lgs. 231/2001.

Gli amministratori segnaleranno ai propri colleghi, l'esistenza di un eventuale interesse, proprio o per conto di terzi, che essi abbiano in una determinata operazione dell'Ente.

Tale segnalazione sarà analogamente effettuata per tutti quei fatti di cui gli amministratori comunque venissero a conoscenza tali da procurare ad altri amministratori vantaggi personali, diretti o indiretti, ovvero che presentino caratteri anomali o impropri rispetto ai normali criteri gestionali.

7. Consultazione preventiva

Gli amministratori saranno informati tempestivamente delle riunioni in calendario dell'organo consiliare di cui fanno parte, in modo da poter esaminare preventivamente le problematiche inerenti gli argomenti all'ordine del giorno ed avere, se del caso, le necessarie indicazioni ai fini delle delibere da assumersi.

8. Presenza alle riunioni

Gli amministratori garantiranno un'assidua presenza alle riunioni dell'organo consiliare di cui fanno parte. Nel caso in cui un amministratore non potesse partecipare ad un consiglio di amministrazione ne darà preventiva comunicazione all'Ente.

9. Uniformità di condotta

Nel caso in cui in una riunione del consiglio di amministrazione vengano affrontati argomenti non inseriti nell'ordine del giorno, e sui quali pertanto non sia stato possibile effettuare una preventiva reciproca consultazione, gli amministratori, qualora si rendano conto di avere in proposito opinioni non conciliabili o comunque non pienamente coincidenti, chiederanno una breve sospensione dei lavori, in modo da poter procedere ad un confronto delle rispettive posizioni ed individuare

possibilmente una linea di condotta comune, ovvero che l'argomento in questione venga esaminato in una successiva riunione.

10. Rapporti con i Sindaci

Gli amministratori manterranno col collegio sindacale dell'Ente un adeguato e continuo collegamento in modo da assicurare una completa copertura di tutti gli aspetti inerenti la gestione della Fondazione nei quali, in ragione della carica rispettivamente ricoperta, essi siano coinvolti.

11. Segnalazione delle irregolarità

Gli amministratori, nel caso in cui vengano a conoscenza di eventuali irregolarità o, comunque, di circostanze non rispondenti ad una normale e corretta gestione dell'Ente, ne daranno immediata informazione al Presidente, al fine di definire le azioni da porre in essere per tutelare l'interesse dell'Ente.

12. Responsabilità

Il rispetto da parte degli amministratori delle indicazioni contenute nel presente codice di comportamento, non libera gli stessi dalla responsabilità in cui potrebbero incorrere in relazione all'espletamento dell'incarico ad essi attribuito.

13. Principio di eticità

Gli amministratori assolveranno il proprio incarico nell'assoluto rispetto non solo delle norme di legge e delle indicazioni contenute nel presente codice di comportamento ma anche dei principi etici esplicitati nel Codice Etico della Fondazione, così come approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 28 marzo 2006.

Gli amministratori opereranno, inoltre, in modo da favorire il rispetto dei principi etici della Casa del Cieco come esplicitati nel Codice Etico.

Copia del presente Codice è stata distribuita ai Consiglieri di Amministrazione dopo la loro nomina.

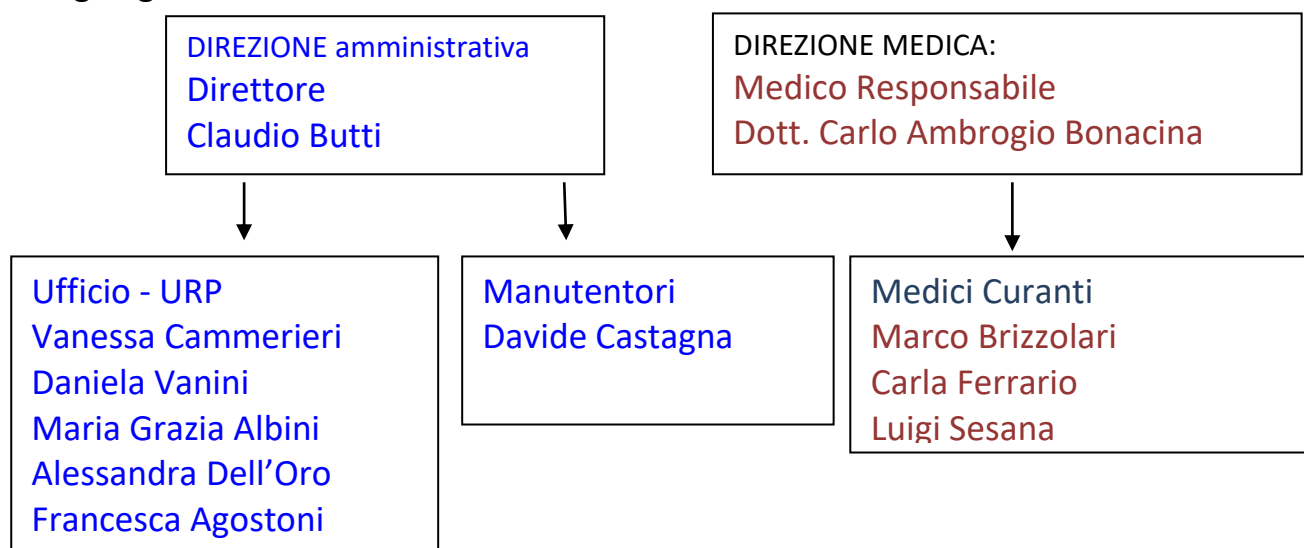
SCHEDA N. 8 - “STRUTTURA ORGANIZZATIVA”

Articolazione

8.1 Presentazione organigramma funzionale con indicazione di eventuali cambiamenti significativi nell’anno di rendicontazione

Rappresentazione dell’organizzazione e delle funzioni

4. Organigramma



COOP.IL PONTE Appalto completo della assistenza ausiliaria, infermieristica, fisioterapica, animativa. Trattasi di personale alle dipendenze della Cooperativa: l’elenco viene aggiornato ad ogni variazione. La destinazione ad uno o all’altro reparto avviene secondo la turnistica settimanale/mensile esposta in bacheca.

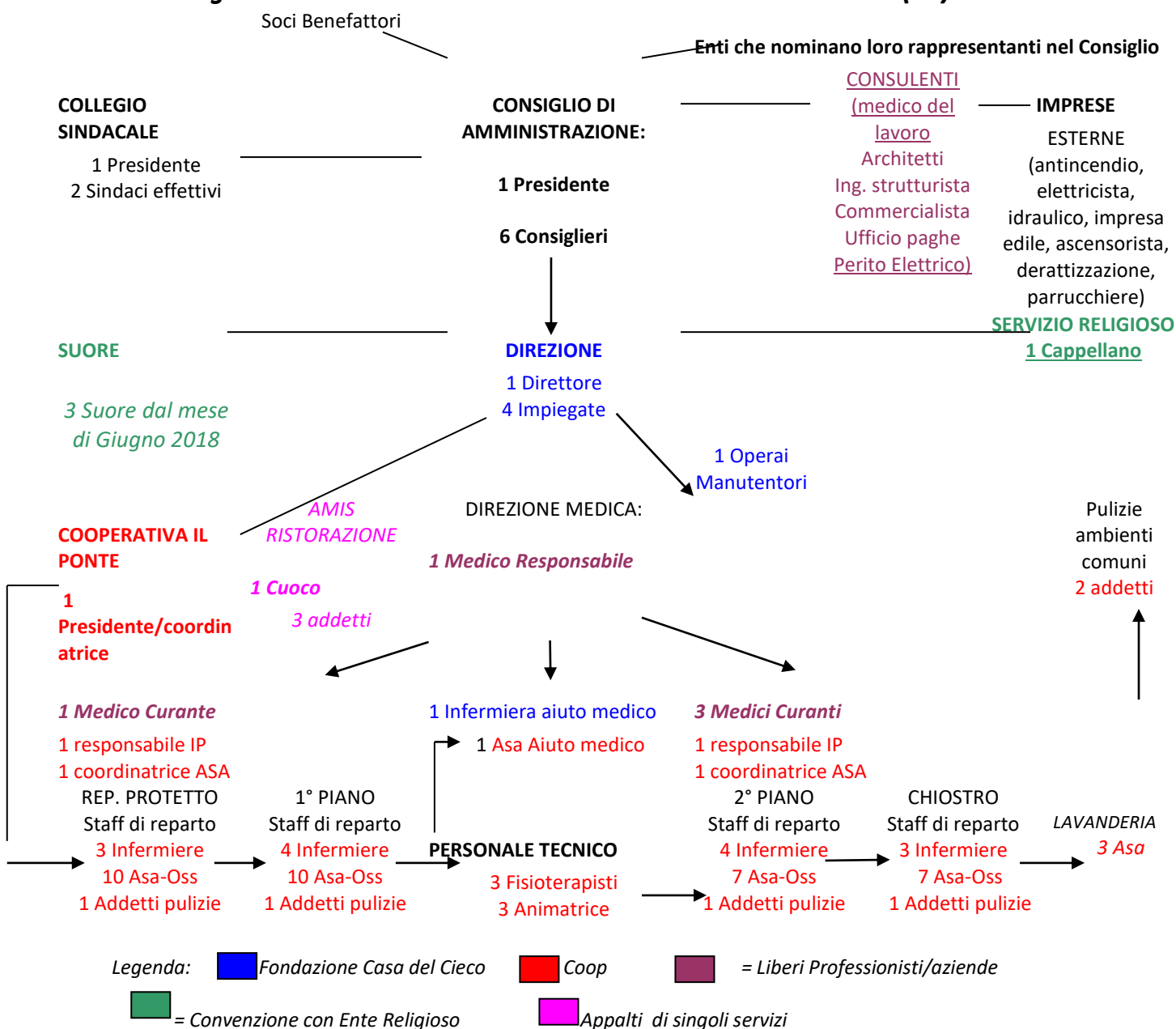
SERVIZIO RELIGIOSO SUORE

1 Cappellano - in attesa di nomina per decesso del precedente
3 suore sono presenti presso la struttura dal 2018 suor Johnsirani Amalanathan e Suor Maria Sebasthian Viyakula Mary Joy e Suor Aruliya Mercy Jeyaseelan

AMIS RISTORAZIONE

Appalto completo della ristorazione: l’elenco del personale viene aggiornato ad ogni variazione.

Funzionigramma della "Fondazione Casa del Cieco" di Civate (Lc)



8.2 Composizione della struttura dirigenziale con indicazione delle persone con incarichi dirigenziali, compiti e turnover

Descrizione della struttura dirigenziale

Hanno una posizione importante nell'organigramma le seguenti persone:

- Il Direttore dell'Ente (dipendente, inquadrato come Quadro)
- Il Medico Responsabile
 - La coordinatrice della Cooperativa
 - Le responsabili Infermieristiche

MANSIONARIO DEL DIRETTORE (approvato da parte del Consiglio di Amministrazione in data 11-12-2012)

Il Direttore, regolarmente assunto dal Consiglio di Amministrazione della Casa del Cieco, è il primo esecutore delle decisioni del Consiglio di Amministrazione “interpretandole, operando le opportune scelte tattiche, trasmettendole agli organi subordinati e controllandone la puntuale esecuzione: il tutto sotto la direzione e la vigilanza dello stesso Consiglio”.

E’ responsabile della gestione ordinaria della Casa e l’interlocutore immediato del Consiglio di Amministrazione nei seguenti campi di attività:

Nei confronti della P.A. (Pubblica Amministrazione) e della società

E’ responsabile della **gestione dell’Accreditamento** (fasi di richiesta, gestione e rendicontazione), vigilando perché vengano rispettati i parametri stabiliti dalla Regione in materia, perché venga puntualmente rispettato il debito informativo, le rendicontazioni siano veritiere e congruenti.

E’, assieme al Medico Responsabile e ad altre figure allo scopo eventualmente individuate, responsabile della **gestione delle visite ispettive** da parte degli Organi Competenti.

Per quanto riguarda la richiesta di **Finanziamenti pubblici**, predispone le relative richieste, nel rispetto dei Bandi se esistenti, verificando la sussistenza delle condizioni per la richiesta di erogazione. Nel caso di aggiudicazione ne verifica la puntuale destinazione.

Predispone, anche con l’aiuto di sottoposti, verifica la correttezza ed autorizza l’emissione di **certificazioni a valore fiscale**.

Autorizza e favorisce il pagamento dei **trattamenti previdenziali del personale** nelle misure previste dalla Legge.

Cura l’indagine di mercato, le fasi di trattativa, propone la scelta al CdA di fornitori di beni e servizi. Sottoscrive i **contratti di acquisto di beni e servizi** (ivi compresi i contratti con i liberi professionisti), secondo i criteri stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

Vigila perché venga rispettato il Codice Etico in generale, ed in particolare nei rapporti con la P.A. la parte relativa ad **omaggi e regalie**.

E’ responsabile delle **transazioni finanziarie (pagamenti, incassi)**, compresa la piccola cassa, perché tutto si svolga conformemente alla Legge.

Redige per quanto di sua competenza, ed in collaborazione col Collegio Sindacale, i documenti societari (**Bilancio, Relazione al Bilancio, Bilancio Sociale, ecc...**).

E’ responsabile della **rete informatica** e del suo utilizzo, della sua evoluzione e del rispetto delle norme relative al diritto d’autore.

E’ Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ed è incaricato della revisione e della applicazione della **Politica per la Sicurezza**.

Gestisce le richieste di **autorizzazioni ambientali** e la gestione dei rifiuti, degli scarichi delle acque e delle emissioni in atmosfera.

Verso gli ospiti:

- 1- Predispone ed aggiorna la **Carta dei servizi** in modo puntuale e veritiero.
- 2- Cura che la **comunicazione e le informazioni** fornite ai potenziali utenti siano fornite in modo chiaro e con modi gentili dal personale URP, del quale cura la **formazione**.
- 3- **Accoglie le domande** quando rispondono agli intenti della Casa delineati dallo Statuto, dopo che gli stessi o i loro famigliari hanno fatto regolare domanda e fornito i documenti richiesti.
- 4- Garantisce che siano seguiti, nell’inserimento degli ospiti, i criteri fissati dalle **procedure di ingresso** in essere nella Fondazione.
- 5- **Firma il contratto** di accoglienza.
- 6- Verifica ed aggiorna le **Procedure e le Istruzioni operative** relative alla qualità del servizio.
- 7- Si preoccupa che gli ospiti vengano seguiti dal personale addetto della casa e sia garantito **un soggiorno corrispondente** a quanto proposto al momento dell’accoglienza e previsto nel PAI (Piano di Assistenza Individuale).

- 8- In caso di malattia, col personale medico e paramedico, fa in modo che l'ospite sia **adeguatamente curato**.
- 9- Addivene alla decisione di **dimettere** dalla Casa l'ospite che non può più essere seguito per il sopraggiungere di difficoltà di salute che nella casa non possono essere convenientemente affrontate.
- 10- **Allontana l'ospite** nel caso in cui la sua presenza è giudicata disciplinarmente scorretta per la gestione della vita comunitaria.
- 11- **Esamina eventuali reclami** presentati all'URP e si attiva per le necessarie indagini e le adeguate risposte o conseguenti interventi.

Verso il personale dipendente e gli altri operatori

- 1- In accordo col Presidente e col Vicepresidente **assume il personale dipendente** dopo aver vagliato le domande, secondo la procedura in essere.
- 2- Segue attentamente il periodo previsto per la prova e interviene tempestivamente a **confermare l'assunzione o a dichiarare il non superamento del periodo di prova** per le persone non adeguate ai compiti che debbono svolgere.
- 3- **Distribuisce il lavoro** secondo turni stabiliti e garantisce **l'attuazione del contratto** sindacale.
- 4- **Autorizza ferie, permessi, aspettative** del personale dipendente.
- 5- Pianifica la **formazione del personale**, nel rispetto delle norme di Legge e secondo le necessità dell'Ente
- 6- **Interviene disciplinarmente**, secondo le modalità previste dal contratto UNEBA, e secondo quanto previsto dal Codice Etico quando i dipendenti non danno in maniera corretta la prestazione della loro opera.
- 7- **Rappresenta l'Ente** nelle relazioni con le Organizzazioni Sindacali.
- 8- Vigila sulla **corretta erogazione delle prestazioni** fornite in seguito ad appalti di servizi.
- 9- Vigila sul **rispetto delle prestazioni contrattuali** da parte dei liberi professionisti.
- 10- **Sottoscrive convenzioni** con le Agenzie Formative per lo svolgimento di tirocini formativi, nel rispetto delle quote stabilite dalla Legge.
- 11- Accoglie le **richieste di volontariato** e ne fa predisporre la relativa documentazione.

Verso il Consiglio di Amministrazione:

1. Partecipa alle riunioni del Consiglio di Amministrazione senza diritto di voto.
2. E' responsabile della **ordinaria amministrazione** avvalendosi della consulenza degli eventuali esperti incaricati dal Consiglio di Amministrazione.
3. Esercita il **controllo di gestione**.
4. Cura ed esegue **adempimenti di straordinaria amministrazione** disposti dal Consiglio.
5. Nella realizzazione della ordinaria ed eventuale straordinaria amministrazione ha **autonomia di spesa** e se ne assume la relativa responsabilità, nei confronti del Presidente e del Consiglio di Amministrazione.
6. Ai Consiglieri **propone interventi** di ogni genere che, a suo avviso, migliorano l'attività della Casa nell'ottica del miglioramento continuo.
7. Custodisce ed aggiorna i **documenti ufficiali dell'Ente** (Bilanci, Valutazioni dei Rischi, Autorizzazioni, cartelle cliniche (con il Medico Responsabile), documenti obbligatori, ecc...).
8. Verifica l'effettiva **manutenzione e verifica periodica dei sistemi di sicurezza** e degli impianti.
9. Redige con il Presidente gli **ordini del giorno** delle Convocazioni.
10. Tiene aggiornato il Consiglio di Amministrazione sulle **novità normative** del settore.

Non possono essere nominati Direttori della Fondazione:

- a) coloro che hanno riportato una condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per un delitto non colposo, ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 codice penale;
- b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto, per il quale è previsto l'arresto

obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione, prevista dall'art.15 legge 3 agosto 1988, n.327 e dell'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n.55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o libertà vigilata;

e) coloro che hanno un contenzioso con la Fondazione;

f) la funzione di Direttore è altresì incompatibile con quella di Sindaco, Assessore e di Consigliere del Comune ove ha sede la Fondazione.

Nel caso in cui, successivamente alla nomina, il Direttore venga a trovarsi in una delle condizioni sopra riportate, l'organo di amministrazione della Fondazione delibera, su proposta del Presidente, la decadenza del Direttore dall'incarico.

Il Presidente della Fondazione, non appena venuto a conoscenza del verificarsi delle condizioni di incompatibilità, in contraddittorio con l'interessato, verifica l'esistenza delle cause di decadenza e dispone la convocazione del Consiglio di Amministrazione per l'adozione del provvedimento. Qualora si verifichi una delle cause di incompatibilità sopra previste, dopo aver accertata la sussistenza dell'incompatibilità, in contraddittorio con l'interessato, il Presidente della Fondazione, con comunicazione scritta invita il Direttore a rimuovere l'incompatibilità con l'incarico assegnato entro trenta giorni dalla comunicazione, dandone contestuale informazione al Consiglio di Amministrazione.

Alla scadenza del termine il Presidente verifica l'eliminazione delle condizioni di incompatibilità e ne dà comunicazione all'interessato ed al Consiglio di Amministrazione. Nel caso di infruttuoso decorso del termine, il Presidente dispone senza indugio la convocazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione per procedere alla dichiarazione di decadenza del Direttore e alla sostituzione dello stesso.

Contemporaneamente alla decadenza del Direttore, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, in via provvisoria e sino alla nomina del nuovo Direttore, procede all'assegnazione delle funzioni direttive ad altro dipendente della Fondazione; nello stesso atto deliberativo sono determinate le indennità da corrispondere in via provvisoria al sostituto del Direttore. Il mandato del sostituto cessa con l'assunzione dell'incarico da parte del nuovo Direttore.

Il Direttore dell'Ente è dal 29/09/2023 il sig. Butti Claudio, nato a Lecco il 19-08-1977, residente in Civate, in via Roncaglio 34/a, C.F. BTCLD77M19E507K.

MANSIONARIO DEL MEDICO RESPONSABILE (ESTRATTO DAL CONTRATTO)

Il Medico Responsabile sovrintende l'area sanitaria - assistenziale, e l'area psicologico - educativa - riabilitativa. Nei confronti dei vari operatori ha un rapporto gerarchico funzionale, in quanto come Medico Responsabile deve stabilire le linee guida e le procedure di assistenza e potrà pretendere e verificarne l'attuazione anche attraverso figure di supporto. Non entra invece nel merito di questioni che riguardano la gestione delle risorse umane, che restano in capo ai diversi datori di lavoro. Eventuali osservazioni in merito all'operato dei singoli dovrà essere segnalato alla Direzione dell'Ente che provvederà secondo il caso. Non è considerato ad alcun effetto come facente parte del personale dell'Ente, con il quale ha rapporto esclusivamente ai fini dell'espletamento del servizio affidato senza vincoli di subordinazione o di rapporto gerarchico.

Le funzioni che il Medico Responsabile dovrà garantire sono le seguenti:

OBIETTIVI – Organizzare un'assistenza medica che consenta interventi continui, uniformi e coordinati per assicurare cure di qualità, adeguate ai bisogni di ogni paziente, nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana.

COMPITI - Responsabile dell'organizzazione di cui al primo comma, con predisposizione di norme interne per l'erogazione dei servizi tecnico – sanitari improntate alla qualità dell'assistenza, responsabile della farmacia, vigilanza sulla qualità delle provviste necessarie al funzionamento dell'Istituto, promozione, organizzazione e coordinamento delle iniziative nel campo della

medicina preventiva e dell'educazione sanitaria del personale e dei ricoverati; collaborazione con l'Amministrazione nei rapporti con le autorità sanitarie, ai fini igienico - sanitari;

a) effettuare e coordinare l'assistenza medica di base con eventuale compilazione dei ricettari della Fondazione Casa del Cieco forniti dalla ATS per quegli Ospiti per i quali la Regione o la ATS disporranno per la cancellazione dal Servizio Sanitario Nazionale. In particolare vigila perché altri medici operanti nell'Ente si comportino secondo le regole della stessa e offrano prestazioni efficaci, economiche, adeguate;

b) vigilanza sulle cure prestate nell'Ente affinché sia garantita un'assistenza globalmente adeguata, anche a livello di controllo delle derrate alimentari, e vigilanza sulla corretta tenuta e compilazione dei fascicoli sanitario/assistenziali degli Ospiti. E' responsabile dell'archivio dei fascicoli e del rilascio di copie degli stessi. Con il sostegno della Direzione garantisce la corretta gestione della documentazione e della sicurezza dei dati contenuti nei fascicoli;

c) controllo sullo stato di salute dei ricoverandi all'atto dell'ammissione e compilazione dei dati richiesti dalla Regione per tutta la durata del ricovero (schede SOSIA, PAI e altre denominazione future);

d) certificazioni eventualmente richieste da Enti o Privati per gli usi di legge;

e) proposte all'Ente in merito all'acquisto di apparecchi, attrezzature e arredi sanitari;

f) pareri e proposte alla Direzione in merito all'assegnazione delle camere e dei letti degli Ospiti e degli eventuali spostamenti;

g) relazionare almeno annualmente al Consiglio di Amministrazione circa l'andamento della qualità dell'assistenza agli Ospiti;

h) favorire positiva collaborazione con eventuali medici curanti degli Ospiti Solventi/Privati anche temporanei;

i) in accordo con la Direzione amministrativa favorire il corretto esplicarsi del volontariato singolo e aggregato nell'Istituto;

l) Il Medico Responsabile ha accesso a tutte i fascicoli socio-sanitari degli ospiti.

m) controllare che venga garantita la pronta reperibilità medica per le 24 ore per tutto l'anno, coordinando le disponibilità degli altri medici operanti nell'Ente ed eventualmente prestando egli stesso alcune reperibilità.

Il medico responsabile è da diversi anni il Dr. BONACINA CARLO AMBROGIO, nato a LECCO (LC) il 12/07/1960 e residente a Galbiate (LC) in Via Monte Barro 23, iscritto al n. 936 dell'Ordine dei Medici della Provincia di Lecco, C.F.: BNCCLM60L12E507R, P.IVA: 01856810138.

Egli svolge l'incarico per l'esercizio delle funzioni di Medico Responsabile Incaricato, in attuazione delle disposizioni Regionali in materia (D.G.R. n. 5/26501 del 28.07.1992 all. A) ai sensi degli artt. 2229 C.C. e segg. e secondo le modalità indicate nei successivi articoli.

Coordinatrice della Cooperativa è dal 1995 la sig.ra Fusi Maria Grazia, che nella Cooperativa il Ponte di Lecco svolge attualmente la funzione di Presidente.

Responsabili Infermieristiche sono Luna Keysa e Panzeri Lorena

SCHEDA N. 9 - "COMPOSIZIONE BASE SOCIALE"

9.1 N. dei soci/associati e relativa dinamica

Verificare l'ampiezza della base sociale

Sono Benefattori al 23.10.2020:

Fondatori

	Cognome-Nome	Età	Anno di iscrizione
1	Casa dei ciechi di Guerra Milano	Persona giuridica	1931

Straordinari

	Cognome-Nome	Anno di nascita	Anno di iscrizione
2	Gilardi Edoardo		2001
3	Berera in Gilardi Bruna		2001
4	Unione Italiana Ciechi Milano	Persona giuridica	2001
5	Unione Italiana Ciechi Como	Persona giuridica	2001
6	Agostoni Maria Piera	1937	2001

Temporanei (in regola col versamento della quota)

	Cognome-Nome	Anno di nascita	Anno di iscrizione
7	Annoni Francesco	1939	2001
8	Annoni Riva Maria Adele		2001
9	Bisceglie Luca	1962	2005
10	Bonacina Walter		2001
11	Castelnuovo Maria Pia		2001
12	Crimella Giovanna		2001
13	De Capitani Roberto	1957	2001
14	Donadelli Arch. Gianfranco	1935	2001
15	Falaguerra Donatella	1951	2008
16	Maffei Giuseppe	1942	2005
17	Movimento Apostolico Ciechi	Persona giuridica	2001
18	Nuzzo Laura	1964	2005
19	Riva Giuseppe		2010
20	Seva Maria Grazia	1953	2001
21	Unione Italiana Ciechi Lecco	Persona giuridica	2001
22	Mauri Rosa Maria		2015
23	Milesi Elia		2015
24	Lisi Franco		2017
25	Simsic Margherita		2019
26	Brusadelli Danilo		2021
27	Castagna Rosaria		2021
28	Castagna Anna Maria		2021
29	Maggi Giuseppina		2021
30	Maggi Patrizia		2021
31	Masto Rodolfo		2022
32	Mauri Alessandra		2021
33	Mauri Luigi		2021
34	Piovani Alberto		2022
35	Rodighiero Donata		2022
36	Rusconi Francesca A.		2021
37	Sacchi Roberto		2021
38	Sacchi Carlo		2021
39	Sandionigi Rosaria G.		2021
40	Stilla Nicola		2022
41	Turconi Cristina		2021
42	Vassena Paola		2022

43	Cusati Francesco		2022
44	Donadelli Gianfranco		
45	Rella Riccardo		2022
46	Canali Giandomenico		2023
47	Stefanoni Maria Cristina		2023
48	Butti Claudio		2023

PARTE_PRIMA

CAPITOLO I - ASPETTI GENERALI

Cap. 1°) - Definizioni -

FONDAZIONE: si intende la FONDAZIONE CASA DEL CIECO MONS. EDOARDO GILARDI ONLUS.

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE (CEC): è il documento ufficiale della Fondazione che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Ente nei confronti dei "portatori di interesse" (dipendenti, fornitori, utenti, ecc.).

Esso è deliberato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione e costituisce, unitamente alle prescrizioni portate dal Modello Organizzativo, il sistema di autodisciplina aziendale.

DESTINATARI: si intendono tutti i dipendenti della Fondazione con qualsivoglia funzione e qualificazione nonché i professionisti e tutti gli altri collaboratori che, in forma individuale o quali componenti una Associazione Professionale, erogano prestazioni in forma coordinata e continuativa nell'interesse della Fondazione o sulla base di un mandato o di altro rapporto di collaborazione professionale.

D.LGVO 231/2001 significa: Decreto Legislativo 8/6/2001 n.231 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive della personalità giuridica" e successive modificazioni ed integrazioni.

FORNITORI: in genere controparti contrattuali della Fondazione quali, esemplificativamente, gli appaltatori e fornitori di opere, di bene e servizi, siano essi società di capitali, persone fisiche, altri soggetti giuridici coi quali la Fondazione stabilisce qualsiasi forma di collaborazione nell'ambito di processi commerciali.

CCNL: contratto di lavoro applicabile alla Fondazione, quale contratto stipulato fra UNEBA ed Organizzazioni Sindacali (CGIL - CISL - UIL).

LINEE GUIDA: le linee guida redatte da UNEBA per la formazione e gestione dei Modelli Organizzativi e degli Organi di controllo delle strutture socio-sanitarie e di servizio sociale di diritto privato.

MODELLO ORGANIZZATIVO (MO): documento della Fondazione in cui sono riportate le procedure da seguire nello svolgimento delle attività in maniera tale da rispettare i valori ed i principi enunciati nel Codice Etico.

ORGANISMO DI VIGILANZA (OdV): organismo di vigilanza, dotato di autonomia ed indipendenza rispetto agli Organi di gestione della Fondazione e preposto a vigilare in ordine all'efficacia ed all'osservanza del Codice Etico Comportamentale.

REATI significa: reati ai quali si applica la disciplina prevista dal D.Lgvo 231/2001 e successive integrazioni.

PROCESSI SENSIBILI: attività della Fondazione nel cui ambito può ricorrere il riscontro di commissione dei reati.

OPERAZIONE SENSIBILE: operazione od atto all'interno dei processi sensibili; può avere natura tecnica, commerciale, finanziaria.

TERZO: ogni persona, fisica o giuridica, tenuta ad una o più prestazioni in favore dell'Azienda o che comunque intrattiene rapporti con essa senza essere qualificabile come DESTINATARIO.

P.A.: Pubblica Amministrazione, compresi i funzionari e gli incaricati di settore di servizio.

2°) - Generalità -

2.1) Natura giuridica della responsabilità -

“Nella iniziale impostazione del D.L.vo 231/2001, gli artt 24 e 25 facevano riferimento solo ad una circoscritta gamma di reati; l'art.24 in particolare ai reati di indebita percezione di erogazioni o truffa ai danni dello Stato o di altri Enti pubblici, o per il conseguimento di erogazioni pubbliche, o frode informatica in danno allo Stato o ad un Ente pubblico.

L'art. 25 riguarda i reati di corruzione e concussione.

In prosieguo con successive particolari disposizioni di legge sono state introdotte ulteriori ipotesi trasgressive di suscettibile responsabilità amministrativa come segue:

“La Relazione Ministeriale al D.Lgvo 231/2001 dà una sintetica ma chiara spiegazione delle ragioni del provvedimento. La persona giuridica, autonomo centro di interessi e di rapporti giuridici, è ormai considerata anche quale punto di riferimento di precetti di varia natura (in particolare di precetti etici e di codici di comportamento) e matrice di decisioni e attività dei soggetti che operano in suo nome, per suo conto o comunque nel suo interesse.

E' quindi emersa l'esigenza, da parte delle Autorità sopranazionali e nazionali, di migliorare i controlli sulle persone giuridiche (Enti e Società), aumentandone la responsabilità per gli atti compiuti nello svolgimento della loro attività.

La normativa nazionale (legge delega 29/9/2000 n.300, art. 11 in specie ed il susseguente D.Lgvo 8/6/2001 n.231 e successive modifiche ed integrazioni) -in esecuzione anche di obblighi e convenzioni intervenute (Convenzione CEE 26/7/1995, Convenzione OCSE 17/12/1997, ecc.) - definisce un sistema di responsabilità sanzionatoria degli Enti e delle Società per fatti illeciti posti in essere da soggetti operanti nell'interesse o per conto della persona giuridica.

La natura di queste responsabilità è definita -rispetto ai canoni tradizionali- come un terzo genus, rappresentato dalla previsione di applicazione di una sanzione amministrativa (come conseguenza, peraltro, di un reato e nell'ambito di un processo penale); così la Relazione definisce la responsabilità ex D.Lgvo 231/2001: **“Il concetto innovativo, decretato dal D. lgvo 231/2001,**

sancisce la nascita di un tertium genus di responsabilità avente natura extrapenale che coniuga i tratti essenziali del sistema penale e di quello amministrativo nel tentativo di contemperare le ragioni dell'efficacia preventiva con quelle della massima garanzia".

La stessa Delega prevedeva, a vero dire, uno spettro molto ampio di intervento.

Il D.Lgvo 231/2001 ha effettuato inizialmente una scelta meno incisiva, prevedendo le sanzioni amministrative solo per i reati nei confronti della Pubblica Amministrazione, quali quelli di corruzione e concussione, d'indebita percezione di erogazioni pubbliche, di truffa ai danni dello Stato e di frode informatica.

Il testo della relazione accompagnatoria parla, infatti, di **"carattere di forte innovazione"** del provvedimento e di con seguente necessità di iniziale contenimento della sua operatività.

Non vi è dubbio, tuttavia, che si è in presenza di una sicura tendenza alla possibile estensione delle ipotesi di applicazione, nell'ambito dell'obiettivo di affermare la cosiddetta **"cultura aziendale della responsabilità"**.

In effetti, a partire dal 2001, le ipotesi trasgressive assoggettate a sanzioni sono state progressivamente ampliate ed oggi sono tutte **previste in apposito catalogo allegato al presente documento (All. n. 1)**

2,2) - I soggetti interessati: a) la Fondazione è tra i destinatari -

Ai sensi del c.I dell'art.11 della legge Delega 300/2000 e dell'art. 1 c.II del D.Lgvo 231/2001, la gamma degli Enti interessati è assai ampia; in particolare, secondo l'art.1 c. II del D.Lgvo 231/2001 **"le disposizioni in esso presenti si applicano agli Enti forniti di personalità giuridica e alle Società e Associazioni privi di personalità giuridica"**.

Nessun dubbio, pertanto, che - in relazione alla propria natura privatistica- le Fondazioni rientrino nella sfera dei destinatari.

Nemmeno è ipotizzabile che - anche in relazione alla propria natura ed attività - l'interesse sia insussistente o solo marginale.

Ciò vale, in specie, per gli ambiti di operatività svolta in regime collaborativo colla P.A. (per effetto di accreditamenti o di convenzioni).

La Fondazione, infatti, presenta la caratteristica di Ente le cui entrate sono rilevantemente derivate dal sistema pubblico, sia sotto forma di tariffe per servizi (es. DRO - o rette - o simili) che di contributi a sostegno di determinate attività (es.: ricerca o istruzione professionale).

La responsabilità dell'Ente si aggiunge, poi, alla responsabilità della persona fisica che ha commesso materialmente il fatto.

2,2) - I soggetti interessati: b) l'analisi dei reati -

La responsabilità dell'Ente sorge qualora venga commesso uno dei reati previsti, nell'interesse o a vantaggio dell'Ente stesso, da uno dei seguenti soggetti:

- * persone fisiche che rivestono funzioni "apicali" (rappresentanza, di amministrazione o direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale) o che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dell'Ente;
- * persone fisiche sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati;
- * persone fisiche che operano per nome e per conto dell'Ente in virtù di un mandato e/o di qualsiasi accordo di collaborazione o conferimento di incarichi.

La responsabilità dell'Ente è presunta qualora l'illecito sia commesso da una persona fisica apicale. In tal caso ricade sull'Ente l'onere di dimostrare la sua estraneità ai fatti provando che l'atto commesso è estraneo alle policy aziendali.

Viceversa la responsabilità dell'Ente è da dimostrare nel caso in cui chi ha commesso l'illecito non ricopra funzioni apicali. In tal caso l'onere della prova ricade sull'accusa che deve dimostrare l'esistenza di carenze a livello organizzativo o di vigilanza che possono comportare una corresponsabilità da parte dei soggetti apicali.

2,3) - Le sanzioni -

Le sanzioni, come dettosi, sono comminate all'interno del procedimento penale e sono costituite da misure:

- pecuniarie (da 100 a 1000 quote);
- interdittive;
- di confisca;
- di pubblicazione della sentenza di condanna.

L'apparato sanzionatorio a disposizione del giudice penale (a cui sono demandati l'accertamento del reato della persona fisica, la valutazione in ordine al comportamento dell'ente, l'irrogazione a quest'ultimo della sanzione amministrativa, nonché la sua esecuzione) è piuttosto articolato.

In primo luogo, per qualunque illecito amministrativo dipendente da reato è stabilita la sanzione pecuniaria (art. 10), modulata in quote, che non possono essere previste in numero inferiore a cento né superiore a mille. L'importo di ciascuna quota varia da un minimo di Euro 258,23 (500.000 lire) ad un massimo di Euro 1.549,37 (3.000.000 di lire), sicché l'ammontare della sanzione pecuniaria concretamente irrogabile non potrà essere inferiore ad Euro 25.822,85 (50.000.000 di lire), né potrà superare Euro 1.549.370,70 (3.000.000.000 di lire). Ovviamente, in virtù del principio di legalità (art. 2), la previsione edittale del numero delle quote è effettuata dal legislatore, relativamente ad ogni reato. All'interno del quadro edittale, il giudice è chiamato ad esprimere una duplice valutazione; innanzitutto determina il numero delle quote da applicare in concreto, tenendo conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'ente, dell'attività svolta per eliminare e attenuare le conseguenze del fatto e per prevenire la commissione di ulteriori illeciti; successivamente, fissa l'importo della singola quota sulla base delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente, allo scopo di assicurare l'efficacia della sanzione (art. 11).

- In secondo luogo, il sistema sanzionatorio è completato dalle sanzioni interdittive (art. 13), le quali - a differenza delle sanzioni pecuniarie, previste per ogni reato - si applicano solo in relazione a talune fattispecie ritenute più gravi.

Inoltre, il decreto subordina la loro irrogazione al ricorrere di una delle seguenti condizioni: che l'ente abbia tratto dal reato un profitto di rilevante entità ed il reato sia stato commesso da soggetti in posizione apicale, ovvero da soggetti sottoposti all'altrui direzione purché, in questo caso, la commissione del reato sia stata determinata o agevolata da gravi carenze organizzative; ovvero, in caso di reiterazione degli illeciti.

Le sanzioni interdittive hanno una durata non inferiore a tre mesi e non superiore a due anni, possono essere applicate tra loro congiuntamente e anche in via cautelare; esse sono: l'interdizione dall'esercizio dell'attività, la sospensione o la revoca di autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito, il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione (salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio), l'esclusione di agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi, il divieto di pubblicizzare beni o servizi (art. 9).

Infine, sono previste quali sanzioni anche la pubblicazione della sentenza di condanna (art. 18), che può essere disposta solo qualora venga applicata, nei confronti dell'Ente, una sanzione interdittiva, e la confisca del prezzo o del profitto del reato (art. 19) che consegue sempre alla sentenza di condanna, anche nella forma per equivalente (cioè avente ad oggetto somme di denaro, beni o altre utilità del medesimo valore del prezzo o del profitto del reato, qualora non sia possibile l'apprensione di questi).

2,4) – La responsabilità dell'Ente e le circostanze che la escludono –

La responsabilità dell'Ente presuppone la commissione dei reati previsti da soggetti trovantisi in posizione apicale o anche in posizione subordinata (in quanto sottoposti all'altrui vigilanza).

Il decreto prevede, tuttavia, un meccanismo di esonero da responsabilità, che ispirato al sistema dei compliance programs funzionante degli Stati Uniti ruota appunto attorno all'adozione ed alla effettiva attuazione, da parte dell'ente medesimo, di modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Si tratta, in sostanza, di veri e propri programmi di autoregolamentazione, dalla cui adozione ed attuazione possono derivare per l'ente, oltre all'esonero da responsabilità (al ricorrere di determinate condizioni) importanti conseguenze sia sostanziali che processuali in tema, ad esempio, di commisurazione e riduzione della pena pecuniaria, di inapplicabilità delle sanzioni interdittive e di sospensione e revoca delle misure cautelari.

I modelli organizzativi esistenti nell'ambito dell'ente devono essere in ogni caso ulteriormente osservati.

Allorché sussista la responsabilità penale dell'ente in conseguenza alla commissione di un illecito (sanzionato dal D.Lvo 231/2001) è necessario che il reato sia stato commesso al fine di perseguire un interesse, ovvero procurare un vantaggio per l'ente stesso. Ciò che in questa sede necessita è definire al meglio la nozione di interesse o vantaggio. Tale espressione potrebbe a prima vista apparire come un'endiadi, ma così non è.

Illuminante, al riguardo è l'insegnamento di Cass. Pen. Sez. II 30.01.2003 n°3615 nonché di cassazione 31.02.2007, in questi termini:

“In tema di responsabilità da reato delle persone giuridiche e delle società, l'espressione normativa, con cui se ne individua il presupposto nella commissione dei reati "nel suo interesse o a suo vantaggio", non contiene un'endiadi, perché i termini hanno riguardo a concetti giuridicamente diversi, potendosi distinguere un interesse "a monte" per effetto di un indebito arricchimento, prefigurato e magari non realizzato, in conseguenza dell'illecito, da un vantaggio oggettivamente conseguito con la commissione del reato, seppure non prospettato "ex ante", sicché l'interesse ed il vantaggio sono in concorso reale.”

2,5) - Gli adempimenti da assolvere per prevenire il pericolo di responsabilità -

Secondo quanto previsto dagli articoli 6-7 del D.Lgvo 231/2001, per prevenire il pericolo di accollo di responsabilità (accollo che è quasi automatico in caso di reati commessi da soggetti trovatisi in posizione apicale e che richiede talune circostanze accessorie in caso di reato commesso da soggetto in posizione subordinata), l'Ente è chiamato a dimostrare:

- * di avere effettuato congrue valutazioni sulla possibilità di incidenza di determinati rischi nell'ambito della propria organizzazione;

- * di avere adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi; in modo particolare, questi modelli devono:

- individuare le attività dell'Ente nel cui ambito possono essere commessi i reati;

- prevedere specifici protocolli o regole dirette a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'Ente in relazione ai rischi di commissione dei reati da prevenire;
 - prevedere le modalità di individuazione e gestione delle risorse finanziarie destinate all'attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
 - prevedere un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello;
 - prevedere obblighi di informazione sia nei confronti della generalità dei dipendenti, dei consulenti e dei collaboratori, sia nei confronti dell'Organismo deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del modello;
- * di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei modelli organizzativi, attraverso un Organismo dell'Ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- * che il comportamento che ha causato il reato è stato attuato - ove compiuto da soggetto in posizione apicale - eludendo fraudolentemente i citati modelli di organizzazione e controllo;
- * che il comportamento che ha causato il reato - ove posto in essere da soggetto subordinato - sia stato attuato nonostante l'esistenza di un adeguato modello di organizzazione, gestione e vigilanza idoneo alla prevenzione del reato.

CAPITOLO II) - LINEE E CRITERI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

3°) Modalità assunte nel processo di elaborazione del Modello Organizzativo -

3,1) - Obiettivi del Modello -

Il Modello Organizzativo è finalizzato, in primo luogo, a prevenire il peculiare rischio di impresa connesso alla responsabilità amministrativa della persona giuridica per illeciti comportanti reato e, dall'altra, a limitare le responsabilità stessa sotto il profilo sanzionatorio.

Per raggiungere tali finalità il Modello deve:

- * determinare una piena consapevolezza da parte del potenziale autore del reato da commettere in illecito (la cui commissione è fortemente condannata e contraria agli interessi della Fondazione, anche quando apparentemente essa potrebbe trarne vantaggio);
- * stabilire linee procedurali precise ed inderogabili per lo svolgimento delle operazioni sensibili;
- * consentire alla Fondazione di reagire tempestivamente nel prevenire od impedire la commissione del reato stesso, grazie ad un adeguato monitoraggio dell'attività.

In particolare il Modello deve:

- * perseguire la consapevolezza nei dipendenti, collaboratori, Organi sociali e fornitori, che operano per conto o nell'interesse della Fondazione nell'ambito dei processi sensibili, di poter incorrere - in caso di comportamenti non conformi alle norme ed alle procedure aziendali (oltre che alla legge) - in illeciti passibili, oltreché di misure disciplinari, anche di conseguenze penalmente rilevanti non solo per se stessi, ma anche per la Fondazione;
- * colpire, con adeguate misure sanzionatorie, ogni comportamento illecito, attraverso la costante attività dell'organo di Vigilanza sull'operato delle persone rispetto ai processi sensibili e la comminazione di sanzioni disciplinari o contrattuali.

3,2) - Linee guida -

Il D.Lgvo 231/2001 prevede (art.6) che i Modelli di organizzazione e di gestione possano essere adottati - oltre che in modo autonomo dal singolo Ente - anche sulla base di codici di comportamento (cosiddette linee guida), redatti dalle associazioni rappresentative degli Enti, in specie se comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei Modelli a prevenire i reati.

UNEBA - che è l'associazione rappresentativa di questa Fondazione - ha elaborato i Modelli di codice di comportamento che stati sottoposti al Ministero della Giustizia e sono in fase di approvazione dopo le modifiche suggerite.

Il Modello della Fondazione, pertanto, è ispirato agli schemi UNEBA con queste integrative avvertenze: il modello potrà essere integrato o modificato in relazione ai possibili suggerimenti o indirizzi del Ministero della Giustizia sulle linee guida.

3,3) - Altre analisi ed adempimenti assunti nella fase di elaborazione del Modello -

Al fine di assicurare la congruità del Modello rispetto alle effettive peculiarità della Fondazione, la fase di elaborazione del Modello è stata accompagnata dalle indagini e dalle acquisizioni idonee ad identificare i rischi presenti nell'Ente; in particolare:

- si è esaminata la documentazione aziendale su ogni operazione e tipo di procedura già in atto;
- anche attraverso una pluralità di colloqui con i soggetti responsabili di specifiche attività aziendali, si è teso ad identificare in modo concreto la tipologia e ricorrenza degli eventi sensibili;
- particolare attenzione è stata riservata all'esame delle procedure aziendali già in atto coll'obiettivo di confermarne l'idoneità o di apportare alle stesse i miglioramenti e le integrazioni necessarie ed opportune.
- tale processo verrà periodicamente ricontrollato (Riesame annuale della Direzione)

3,4) - Adozione del Modello Organizzativo -

A mente di quanto previsto dall'art.1, c.1, lett.a), del D.Lgvo 231/2001, il Modello organizzativo è "atto di emanazione dell'Organo dirigente" e, pertanto, del Consiglio di Amministrazione della Fondazione.

Al fine, poi, di assicurare la speditezza dei provvedimenti di adeguamento, il Consiglio potrà delegare il Presidente pro tempore ad apportare al Modello integrazioni non sostanziali, particolarmente al fine di assumere l'introduzione di misure a nuovi tipi di reato eventualmente individuabili nella sfera di incidenza del D.Lgvo 231/2001 o per adeguare il Modello stesso a sopravvenuti canoni integrativi dovuti alla elaborazione giurisprudenziale.

4°) - Modello Organizzativo della Fondazione -

4,1) - Ambito di adozione -

Il presente Modello è stato approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione della Fondazione citata in basso ad ogni pagina del documento.

Colla stessa Delibera il Consiglio ha stabilito che il Modello va osservato da ogni realtà della Fondazione, Consiglio di Amministrazione compreso.

Contestualmente il Consiglio ha proceduto alla nomina dell'Organo di Vigilanza.

4,2) - Analisi delle aree nel cui ambito possono essere commessi reati -

Tale analisi ha comportato tre tipi di verifica, come segue:

- a) individuazione dei servizi particolarmente esposti al pericolo di commissione di reati;
- b) individuazione della tipologia di aree di operatività esposte al rischio;
- c) individuazione delle tipologie di P.A. e di soggetti nei confronti dei quali è ipotizzabile il rischio di commissione di reati.

Per quanto riguarda l'aspetto sub a) si è considerato che – nell'attività della Fondazione - concorrono, normalmente, diversi servizi: i servizi generali ed amministrativi (in specie per la

disciplina dei rapporti e per gli aspetti economici ed amministrativi) od i servizi deputati all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'aspetto sub b) è rilevabile che, in pressochè tutte le aree in cui si estrinseca l'attività della Fondazione, l'operatività avviene, almeno in via prevalente, sulla base di forme collaborative (anche di diverso tipo e denominazione) colla P.A.; sono conseguentemente esposte a rischio tutte le aree operative, come segue:

- le attività di carattere socio-sanitario o socio-assistenziale con degenza piena;
- le attività di carattere assistenziale in regime diurno; (al momento non presenti nell'Ente)
- le attività di carattere sanitario in regime ambulatoriale; (al momento non presenti nell'Ente)
- le attività di carattere socio-assistenziale o socio-sanitario integrate; (al momento non presenti nell'Ente)
- le attività di formazione e qualificazione;
- le attività di ricerca (al momento non presenti nell'Ente).

Sotto il profilo sub c) il rischio di comportamenti illeciti è profilabile, in specie, nei confronti dei seguenti soggetti:

- Imposte e tasse: Ufficio Unico delle entrate; Centro di servizio delle imposte dirette; Ufficio tributario del Comune; Ministero delle Finanze; creditori; società di revisione, eccetera;
- Legale, economico e finanziaria: Ministero della Salute; Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale; Ministero degli Interni; Ministero della Pubblica Istruzione; Presidenze, Assessorati ed Uffici delle Regioni, delle Province e dei Comuni in cui o per cui la Fondazione operi; ATS; Istituti Universitari; ASST; Centri sanitari esterni o simili; Ispettorati del Lavoro; Autorità Giudiziaria; Agenzie per i dati personali; Collegio Sindacale; Consiglio di Amministrazione; CONSOB; Società di revisione; Organi di Controllo; Questure; Carabinieri;
- Risorse Umane: INPS, INAIL, Uffici Provinciali del Lavoro; Comuni e loro circoscrizioni; Uffici di collocamento; Ministero del Lavoro; Assessorati Regionali al Lavoro; ATS;
- Rapporti contrattuali diversi: Consulenti; Fornitori; Pazienti; Clienti e chiunque abbia, a qualunque titolo, rapporti con la Istituzione privata.

4,3) - Criteri generali e regole fondamentali sul procedimento e sui comportamenti -

Associando logicamente l'attività specifica e lo specifico rischio 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 della Fondazione, nel mansionario o in ordini di servizio e similari, che si dovessero ritenere indispensabili per la necessità di evitare un danno all'ammalato, dovranno sempre essere documentate.

Le regole procedurali da osservare sono le seguenti:

- Ogni attività autorizzata, specificatamente o in via generale, da chi ne abbia il potere nella Fondazione, deve essere registrata documentalmente e verificabile con immediatezza.
- Ogni procedura (sanitaria o amministrativa) deve essere suddivisa in fasi.
- Per quanto possibile, compatibilmente col numero degli operatori, va evitato che più fasi della medesima procedura siano affidate ad un unico operatore (ad esempio: prenotazione - accettazione - dimissione; rapporti con gli uffici della ATS - fatturazioni dei ricoveri - controllo sui flussi economici e così via); bisogna, però, nel contempo, evitare che la frammentazione del lavoro produca deresponsabilizzazione e difficoltà ad individuare, successivamente al fatto, il responsabile.
- Va osservato un collegamento fra settori operativi (particolarmente utile specialmente in materia di determinazione dei Contributi Sanitari Regionali o di rette o tariffe), 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.

- Ogni documento attinente alla gestione amministrativa o sanitaria della Fondazione deve essere redatto in modo accurato e conforme alla normativa vigente.

- 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.

- Nessun operatore della Fondazione sarà mai giustificato per aver formato dolosamente in modo falso o artefatto documenti aziendali o istituzionali.

- Per nessuna ragione è consentito che le risorse finanziarie dell'Ente e la relativa movimentazione possano non essere registrati documentalmente; il denaro contante dovrà essere conservato in una cassaforte, della cui custodia dovranno essere preventivamente individuati i responsabili.

- 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.

- E' vietato, in particolare:

- a) erogare prestazioni non necessarie;

- b) fatturare prestazioni non effettivamente erogate;

- c) fatturare utilizzando un codice che prevede un livello di pagamento maggiore rispetto al codice corrispondente alla prestazione erogata al paziente;

- d) duplicare la fatturazione per una medesima prestazione;

- e) non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto od in parte inesistenti o non finanziabili.

- 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.

- Il legale rappresentante della Fondazione (ovvero una persona da questi formalmente delegata) e/o il Direttore (od altro soggetto da lui delegato) curano i rapporti con i funzionari del Ministero della salute, dell'Assessorato regionale alla sanità e con quelli dell'ATS, 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 (ovvero Medico Responsabile).

- Il Direttore 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.

- 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:

- 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 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 e sempre che in ogni caso si tratti di doni di tenue valore e di natura realmente simbolica;

- a tutti coloro che svolgono la propria attività nella Fondazione di ricevere danaro, doni o qualsiasi altra utilità, o di accettarne la promessa, da chiunque sia, in rapporto con la Fondazione e voglia conseguire indebitamente un trattamento in violazione della normativa di legge;
- a chi agisce per conto della Fondazione, nei rapporti con funzionari dell'Assessorato regionale competente, della ATS ovvero di qualsiasi altra pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, di determinarne le decisioni con violenza, minaccia o inganno;
- 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 ed espressione del suo potere discrezionale, da cui sia derivato un vantaggio per la Fondazione. Lo stesso divieto dovrà essere previsto per i casi di omissione o ritardo di un atto svantaggioso per la Fondazione.
- 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.
- 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.

4,4) - Adempimenti informativi -

Perché il giudice penale possa ritenere che il modello organizzativo adottato sia stato davvero **"efficacemente attuato"** è indispensabile che l'Organo deputato a **"vigilare sul funzionamento e l'osservanza"** possa concretamente contare su di un flusso costante di informazione.

Pertanto la Fondazione dovrà prevedere l'istituzione di un canale riservato di comunicazione interna tra dipendenti e l'Organo di controllo (Organismo di Vigilanza).

Inoltre, poiché l'organizzazione informatizzata costituisce lo strumento più efficace di rilevabilità di anomalie ed illeciti, è raccomandato, anche in questa ottica, la previsione sulla figura di un soggetto con competenze ed esperienza nel settore quale componente dell'Organo di controllo ovvero quale consulente esterno.

Poiché il modello organizzativo può far escludere la responsabilità dell'Ente solo se - oltre che adottato - sia stato "efficacemente attuato", si sottolinea che il D. Lgs. impone, per questo scopo, non solo l'obbligo di informazione verso l'Organo di controllo, ma l'introduzione di un "sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello" (art. 6, comma 2, lett. e; art. 7, comma 4, lett. b).

E' chiaro che, per principio generale, un qualunque sistema sanzionatorio, sia pure solo disciplinare, si giustifica nella sua applicazione, in quanto sia reso conoscibile a tutti i suoi destinatari da parte dell'autorità che lo pone.

Per conseguire l'esonero dalla responsabilità la Fondazione deve dimostrare di aver fatto tutto ciò che doveva; bisognerà, dunque, pubblicizzare il Modello Organizzativo adottato, tramite notifica a mano (con registro firmato per ricevuta) a tutti coloro che operano nella struttura; affissione "permanente" nella bacheca e comunicazione alle Organizzazioni Sindacali.

Al momento dell'adozione sarà tenuta una riunione di tutto il personale in organico per una discussione iniziale sull'intera problematica.

La stessa procedura dovrà essere seguita al momento di eventuali modifiche ed aggiornamenti del modello.

L'Organo di controllo (OdV) dovrà curare che siano informati, tramite consegna del modello ed illustrazione individuale, i neo assunti e coloro che vengono spostati a diverso incarico aziendale.

E' appena il caso di ricordare che, in base al d.lgs., il **"sistema disciplinare"** deve essere attuato nei confronti sia dei **"soggetti sottoposti all'altrui direzione"**, sia quelli **"in posizione apicale"**.

Poiché il D.Lgvo non fornisce alcun chiarimento rispetto alle caratteristiche del sistema disciplinare, si ritiene che la violazione di qualunque regola di condotta prevista nel modello da parte dei dipendenti debba essere equiparata alle violazioni considerate dal C.C.N.L. e ad essa applicata quella procedura e le relative sanzioni ivi previste.

4,5) - Rapporti libero-professionali -

Per quanto riguarda i collaboratori a rapporto libero-professionale il relativo contratto individuale deve contenere l'obbligo di osservare il Modello e l'indicazione sulle conseguenze delle violazioni del Modello e dei provvedimenti da adottarsi di conseguenza.

Va previsto che 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 Vigilanza sul sospetto di violazione del modello, deve avviare immediatamente il procedimento repressivo e, se questa sarà accertata, irrogare la sanzione.

Questioni particolari sono quelle relative all'attività sanitaria espletata da personale a rapporto libero professionale.

Fra costoro bisogna distinguere i soggetti inseriti nell'organico ai fini dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento da quelli che operano fuori organico, occasionalmente, in discipline autorizzate, ma non accreditate.

Poiché la contrattazione collettiva prevede:

- a) che tali medici debbano curare le esigenze della professione coordinandole con quelle derivanti dal fine istituzionale e dalle necessità organizzative dell'istituzione sanitaria;
- b) che ogni istituzione sanitaria, nell'ambito del rapporto coordinato e continuativo, ha la facoltà di indicare gli obiettivi esercitando la conseguente vigilanza in ordine all'effettiva realizzazione di tali obiettivi;

è evidente che i medici ed in genere i collaboratori in virtù di rapporti libero professionali ben possono agire "nell'interesse o a vantaggio" della Fondazione o in questa ottica commettere reati. Non vi è dubbio, allora, che i sanitari inquadrabili nella prima categoria (liberi professionisti formalmente in organico), in quanto svolgono un'attività giuridicamente classificata come coordinata e continuativa, debbano essere positivamente considerati, ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Se, d'altronde, la Fondazione ben può essere sanzionata per reati commessi dai liberi professionisti in organico, sarà indispensabile che il Modello organizzativo, oltre a contemplarli espressamente, sia attuato anche nei loro confronti con le stesse modalità, in quanto compatibili, riservate ai dipendenti.

E indispensabile, poi, l'espressa previsione nel contratto individuale delle forme di accertamento delle violazioni.

In quella sede, sarà previsto espressamente quali violazioni del Modello organizzativo, per la loro gravità, debbano dare luogo alla risoluzione immediata del rapporto.

Rispetto alla seconda categoria di professionisti (non inquadrati in organico), ospiti più o meno saltuari della struttura per la cura dei loro pazienti, si potrebbe pensare che la Fondazione non sia tenuta ad inquadrarli nel Modello Organizzativo, proprio in ragione della loro autonomia ed auto-direzione.

Tuttavia, poiché si può ben immaginare una indagine per reati commessi da costoro, pensati come realizzati nell'interesse o a vantaggio della Fondazione, quest'ultima dovrà - per garantire la

maggior ampiezza possibile nella scelta di legalità - richiedere anche ai liberi professionisti presenti saltuariamente nella struttura l'adesione al rispetto di tutte le procedure stabilite nel modello.

4,6) - Procedure e sistemi di controllo esistenti -

Il Modello organizzativo integra le procedure ed i sistemi di controllo esistenti e già ampiamente operanti in azienda ove giudicati idonei a valere anche come misure di prevenzione dei reati e come controllo sui processi sensibili.

Conformemente a quanto previsto anche dalle linee guida, sono da considerare parte integrante del Modello organizzativo le seguenti procedure esistenti:

- * il sistema organizzativo aziendale;
- * il regolamento generale e le procedure aziendali;
- * il codice etico;
- * il sistema di deleghe di poteri e delle procure;
- * il modello di controllo del Collegio dei Revisori;
- * il sistema di qualità;
- * il modello di controllo di gestione;
- * il sistema di formazione del personale;
- * il sistema disciplinare;
- * il modello di gestione dei rischi sui luoghi di lavoro;
- * il documento programmatico per la sicurezza dei dati (ora non più richiesto come documento, ma viene richiesta l'osservanza della Legge).

Per quanto riguarda le procedure qui di seguito è riprodotta la "procedura madre" (chiamata PR RSA/AMM/SGS/AMB 000 003), da cui derivano tutte le altre procedure, la quale descrive passo-passo come si costruiscono, ai sensi delle norme UNI, una procedura o una istruzione operativa.

PROCEDURA

Cod. PR – RSA/AMM/SGS/AMB - 000 - 003

La documentazione dei processi assistenziali,
amministrativi, di sicurezza e rispettosi
dell'ambiente attraverso Procedure e
Istruzioni Operative

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni					
	Redazione		Verifica		Approvazione	
0.0	Data 10-03-2012	Direttore	Data 04-12-2012	Collegio sindacale	Data 04-12-2012	CdA
1	15-04-2015	Direttore	Data 27-04-15	Collegio sindacale	Data 27-04-15	CdA
Oggetto della revisione: Aggiunta parte riguardante il Piano di diffusione e sua attuazione.						
2	20-04-2018	Direttore	26-04-2018	Collegio Sindacale	26-04-2018	CdA
Modifiche	Modifica delle responsabilità, ridotta nel formato, rivista la parte dell'attuazione della distribuzione, tolta ultima riga (allegati)					
3	23-03-2021	Direttore		Collegio Sindacale		CdA / Predidente
Modifiche	Aggiornamento dei riferimenti documentali, sostanziale conferma					

Distribuzione:

___ copia in distribuzione controllata

___ copia in distribuzione non controllata

Note:

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della procedura è dei destinatari di questa documentazione

SOMMARIO

1.SCOPO/OBIETTIVO

2.CAMPO DI APPLICAZIONE

3.RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

4.ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

5.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

6.PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE

- Introduzione
- Format della documentazione
- Tipologia di documento
- Realizzazione di una Procedura e di una Istruzione Operativa
- Livelli di produzione di Procedure e di Istruzioni Operative
- Approvazione dei documenti
- Moduli e tabelle
- Modalità di codifica
- Conservazione dei documenti
- Distribuzione dei documenti

1. SCOPO/OBIETTIVO

Scopo di questa procedura è fornire indicazioni a tutte le strutture del Servizio Assistenza per la stesura dei documenti atti a rendere evidenti i processi di lavoro (Procedure e Istruzioni Operative), in modo che vi sia una generale omogeneità nel percorso documentale all'interno delle varie articolazioni del Servizio Assistenza.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le strutture e articolazioni organizzative del Servizio Assistenza (Direzione, Aree Assistenziali/Professionali Omogenee, Unità Assistenziali/Funzionali)

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Autore	Titolo
UNI EN ISO 9000 : 2000	Sistemi di Gestione della Qualità – Fondamenti e Terminologia
UNI EN ISO 9001 : 2000	Sistemi di Gestione della Qualità -Requisiti
UNI EN ISO 9004 : 2000	Sistemi di Gestione della Qualità – Linee Guida per il miglioramento delle prestazioni
Regione Emilia Romagna	Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento n.3
Regione Basilicata	Manuale Accreditamento Strutture Sanitarie Pubbliche e Private – glossario
ASL Matera –Servizio Qualità e Accreditamento aziendale -Dott.ssa Chiara Gentile	MPSGQ-01-01-03 – Guida per la redazione e la gestione di procedure ed istruzioni operative del sistema gestione qualità e accreditamento – ASM Matera – marzo 2016

4. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
R.S.A.	Residenza Sanitaria Assistenziale
I.O.	Istruzione Operativa
PDCA	Ciclo Plan-Do-Check-Act
P	Procedura
REP	Reparto
C.IP	Coordinatore
E.L.	Equipe di lavoro
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

R= responsabile, C= coinvolto

Attività	Funzione	Redatto re	Verificatore	CdA o Presidente	Coordinatore	Equipe di lavoro
Identificazione di un processo da documentare		R			R	C
Identificazione di un gruppo di lavoro		R			R	
Redazione di Procedura o Istruzione Operativa		R			R	C
Verifica del documento			R			
Approvazione del documento				R		
Emissione del documento		R				
Applicazione del documento		R			R	R

6. PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE

Introduzione

Le “Procedure” (PR) e le “Istruzioni Operative” (IO) vengono introdotte come strumenti con cui le strutture sanitarie rendono il “più possibile oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività, soprattutto quando la complessità delle strutture e l’importanza delle attività lo richiedono”. Le PR e le IO sono documenti necessari allo sviluppo controllato delle attività. L’esigenza di definire PR e IO nasce dalla necessità di avere chiarezza e trasparenza sui meccanismi che permettono il funzionamento dei processi fondamentali di un’organizzazione. Documentare in PR e IO tali modalità di funzionamento soddisfa diverse esigenze:

- -chiarezza: poiché viene evidenziato il sistema di responsabilità relativo al processo;
- -trasparenza: poiché viene evidenziato il flusso di azioni, responsabilità e ruoli.

La definizione di Procedure e Istruzioni Operative rientra pienamente nella logica del ciclo PDCA: definire una Procedura rappresenta quindi un momento dell’attività di pianificazione (una parte del come si intendono fare le cose) fondamentale per il controllo dei processi.

Format della documentazione

La documentazione prodotta dalle strutture afferenti al Servizio Assistenza dovrà avere, la seguente impostazione:

In prima pagina1:

Definizione tipologia di documento (PR-IO)

Codice

Titolo

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni					
	Redazione		Verifica		Approvazione	
0.0	Data	Servizio Nome di chi lo ha redatto	Data	Servizio Nome di chi lo ha verificato	Data	Dir. Sanit. Nome di chi lo ha approvato

Distribuzione:

____ copia in distribuzione controllata ____ copia in distribuzione non controllata
--

All’interno In Intestazione:

Denominazione dell’Ente - TITOLO

Tipologia di documento codice - REV. 0.0 - data

A piè pagina:

Pagina n° x

Realizzazione di una Procedura e di una Istruzione Operativa

Le Procedure vengono stilate per chiarire bene i processi. Le Istruzioni Operative vengono stilate per chiarire bene le attività. In tal senso viene resa evidente una gerarchia dei documenti: le Procedure stanno ai processi come le Istruzioni Operative alle attività.

Stesura di una Procedura.

Per arrivare alla stesura di una procedura occorre “mappare” il processo.

Per far ciò è possibile seguire due diversi iter:

- dall’alto verso il basso, cioè individuare in prima battuta le macro attività che costituiscono il processo e poi approfondire il dettaglio;
- dal basso verso l’alto, cioè rilevare, seguendo il flusso del processo le singole attività e modalità operative, rimandando ad un secondo momento l’individuazione delle macro-attività.

Per stendere una procedura occorre esplicitare il seguente contenuto:

- REDAZIONE, VERIFICA, AUTORIZZAZIONE
- SCOPO/OBIETTIVO DELLA PROCEDURA
- CAMPO DI APPLICAZIONE
- RIFERIMENTI NORMATIVI DOCUMENTALI
- ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA
- MATRICE DELLE RESPONSABILITA’
- PROCESSO/MODALITA’ OPERATIVE E DIAGRAMMA DI FLUSSO
- LISTA DI DISTRIBUZIONE.

Redazione, verifica, autorizzazione

Rev.	Autorizzazioni					
	Redazione		Verifica		Approvazione	
0.0	Data	chi ha fatto la stesura	Data	chi verifica ed approva i contenuti	Data	chi autorizza l’emissione e l’applicazione

Scopo/obiettivo della procedura

- perché è stata sviluppata la procedura
- cosa si prefigge la procedura
- quali sono gli obiettivi specifici del processo da seguire

Campo di applicazione

- dove e quando si applica la procedura

Riferimenti normativi e documentali

- specificare i riferimenti ad altra documentazione (altre procedure, modulistica di registrazione)
- indicare normative o altri documenti di riferimento (es: linee guida professionali)

Abbreviazioni, definizioni, terminologia

- chiarimenti rispetto a tecnologie particolari, acronimi, abbreviazioni

Matrice delle responsabilità

- si costruisce secondo il seguente schema:

esempio:

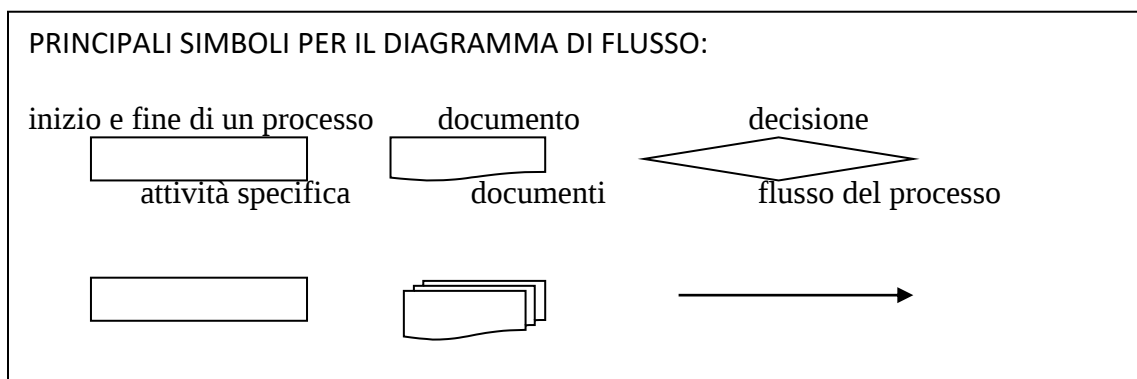
Funzione	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura n
Attività					
Descrizione attività 1	R		C		C
Descrizione attività 2		R			C
Descrizione attività 3	C	C			
Descrizione attività n		C	C	C	R

- la matrice delle responsabilità indica chi è responsabile [R] di una specifica attività e chi è

coinvolto [C] in quanto fornisce un contributo essenziale di attività o informazioni.

Processo/modalità operative e diagramma di flusso

- definire in dettaglio le modalità che devono essere applicate per lo sviluppo ed il controllo delle attività;
- il diagramma di flusso è una rappresentazione grafica della sequenza delle attività all'interno di un processo



Lista di distribuzione

I diversi documenti devono essere distribuiti dai diversi Responsabili o Coordinatori utilizzando liste di distribuzione controllata che consentano di accertare la capillare diffusione della documentazione elaborata.

Stesura di una Istruzione Operativa.

La stesura dell'Istruzione Operativa riguarda la descrizione di una attività. Possono anche essere attività complesse che vengono opportunamente analizzate e descritte mediante specifiche Istruzioni Operative. Quasi sempre devono far riferimento alle procedure che le hanno generate.

Per stendere una Istruzione Operativa occorre seguire il seguente modello che esplicita il contenuto dell'Istruzione Operativa stessa:

-REDAZIONE, VERIFICA, AUTORIZZAZIONE

-SCOPO/OBIETTIVO DELLA PROCEDURA (In questo paragrafo vengono descritti scopi/obiettivi dell'I.O. in oggetto: perché è stata sviluppata l'I.O., cosa si prefigge, quali sono gli obiettivi specifici da perseguire)

-CAMPO DI APPLICAZIONE (Si individua a quali attività/situazioni o contesto clinico e a quale procedura dovrà essere applicata)

- RIFERIMENTI NORMATIVI DOCUMENTALI (Si elencano le norme cogenti e/o le linee guida in conformità delle quali l'istruzione operativa in oggetto viene redatta)

-ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA (Per la corretta lettura dell'I.O., si esplicitano in questo paragrafo le abbreviazioni usate, gli acronimi, i termini di non immediata comprensione presenti nell'I.O. e vengono fornite definizioni utili per capire il documento)

-PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE E DIAGRAMMA DI FLUSSO (Vengono descritte dettagliatamente le attività oggetto dell'I.O., individuando le modalità e i tempi, in stretta coerenza con quanto indicato nel diagramma di flusso che è rappresentazione grafica della sequenza delle attività necessarie all'attuazione dell'I.O. – quando necessario)

Livelli di produzione di Procedure e di Istruzioni Operative

Coerentemente con le articolazioni organizzative del Servizio Assistenza potranno essere prodotte procedure ed istruzioni operative a livello di: -direzione del Servizio Assistenza (livello aziendale) -Area Assistenziale (o Professionale) Omogenea del Servizio Assistenza

-Unità Assistenziale/Unità Funzionale.

Tutte le procedure emesse saranno identificate con un numero progressivo sequenziale secondo le modalità descritte più in basso.

Approvazione dei documenti

L'approvazione dei documenti fa riferimento all'attività volta a controllare l'adeguatezza dei contenuti del documento. È a carico della Direzione del Servizio Assistenza.

Tutte le Procedure e Istruzioni Operative emesse dalle strutture del Servizio Assistenza devono essere verificate dal Centro Studi, Settore innovazione professionale e miglioramento qualitativo Servizio Assistenza – Chiara Gentile.

Moduli e tabelle

Ad ogni procedura e/o Istruzione Operativa possono essere allegati moduli (MD) e tabelle (TB). Deve essere rispettato il format previsto e la codifica sotto definita.

Modalità di codifica

Il codice identificativo di un documento è composto da caratteri alfabetici e numerici.

2 caratteri alfabetici per identificare la tipologia di documento:

-tipologia di documento:

- PR (procedura)
- IO (istruzione operativa)
- MD (modulo)
- TB (Tabella)

3 caratteri alfabetici per identificare il Servizio Assistenza:

-indicazione del Servizio Assistenza (SAS):

- es. PRSAS...
- la dicitura SAS deve sempre essere riportata.

3 caratteri numerici per un numero progressivo

3 caratteri numerici per indicare l'indice di revisione.

Tipologia di documento	Indicazione del servizio	Numero Progressivo	Indice di revisione
PR Procedura	Devono essere utilizzati 3 caratteri alfabetici che identificano il Servizio Assistenza SAS	Il numero progressivo indica la sequenza con cui sono elaborati ed emessi i documenti	L'indice di revisione indica la progressione dell'aggiornamento
IO Istruzione operativa			
MD Modulo			
TB Tabella			

Ogni Procedura o Istruzione Operativa deve avere un numero sequenziale che viene attribuito dalla Direzione della RSA, presso cui è istituito l'archivio della documentazione assistenziale prodotta dalle diverse articolazioni del Servizio. Ogni qual volta qualsiasi articolazione della RSA elabora una Procedura o Istruzione Operativa, occorre rivolgersi alla Direzione per richiedere il numero da attribuire al documento. Ottenuta la numerazione, il documento dovrà quindi essere validato dal Medico Responsabile. Il documento originale sarà archiviato e registrato su apposita modulistica presso la Direzione al fine di garantire una gestione centralizzata della documentazione prodotta.

Conservazione dei documenti

Tutti i documenti sono conservati in originale e con tutte le revisioni, presso l'archivio appositamente istituito presso la Direzione della RSA, catalogati in apposito elenco e corredato della Liste di Distribuzione per consentirne la rintracciabilità.

Ogni articolazione della RSA che riceve un documento è responsabile di:

- conservare in modo corretto la documentazione;
- sostituirla con le revisioni successive in caso di modifica;
- restituire la documentazione obsoleta quando richiesto.

Piano di Diffusione dei documenti

È necessario che a Procedure e Istruzioni Operative sia data la massima diffusione, soprattutto all'interno dei servizi in cui dovranno essere applicate. Occorre, quindi, identificare una modalità di distribuzione controllata che preveda una sorta di assunzione di responsabilità della ricezione o presa visione del documento. A tal fine, è utile predisporre liste di distribuzione controllata in cui ogni operatore, che riceve una copia del documento, firma per ricevuta o per presa visione.

Diffusione di Politiche, Manuale Qualità e Procedure

E' attiva nell'Ente una cartella di rete condivisa chiamata "comune", nel quale è inserita tutta la documentazione gestita con il S.G.Q. Il Direttore è responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento dei documenti del SGQ nella cartella di rete.

Per quanto riguarda le Politiche, il Manuale Qualità e le Procedure sarà cura del Servizio Qualità stamparle per la diffusione interna e la successiva archiviazione.

Il Referente Qualità/Coordinatore/Responsabile di reparto o servizio dovrà provvedere ad informare tutto il personale interessato dell'esistenza del documento, curandone la diffusione con raccolta delle firme di presa visione utilizzando il modulo allegato. Tale modulo resterà agli atti e archiviato presso il reparto o servizio.

Se non espressamente richiesto, non è prevista la diffusione esterna delle Procedure e/o Protocolli/Linee Guida.

Laddove fosse necessario, tale diffusione deve essere autorizzata dalla Direzione dell'Ente.

Diffusione di Procedure ed Istruzioni Operative

Le Procedure e le Istruzioni Operative devono essere diffusi in **COPIA CONTROLLATA** dalla Direzione, che può effettuare la diffusione con una delle due modalità sottoriportate:

- **in forma cartacea** compilando una lista di distribuzione " Trasmissione documenti del SGQ" con ricevuta di ritorno, affinché si possano inviare a tutti i destinatari le revisioni successive, evitando che copie obsolete restino in circolazione. Per chi non avesse già una propria ricevuta di ritorno, si consiglia l'utilizzo del modulo "ricevuta copia controllata". Questa è la forma utilizzata al momento. I faldoni con le procedure/istruzioni operative sono così distribuiti:

Medici ed IP: negli ambulatori di reparto, che sono 4 + l'ufficio del Medico Responsabile

Fkt: in palestra

Animatrici: in palestra o in sala animazione

ASA/OSS e addetti alle pulizie: nei locali di controllo, che sono 5

Lavanderia: nella parte della stireria/guardaroba

Uffici: presso l'URP

Manutentori: nel deposito attrezzi

Ogni figura, pur avendo nel raccoglitore l'elenco di tutte le procedure presenti nell'Ente, ha di fianco una "x" sulle procedure che sono state scelte come utili per il suo lavoro. Infatti le Procedure in uso presenti in Direzione occupano diversi faldoni, mentre il personale ha bisogno di uno strumento il più possibile e snello per il suo lavoro.

- **via e-mail**, scegliendo una di queste due possibilità:

a) scansionando il documento originale riportante le firme di redazione, verifica ed approvazione e successivamente inviandolo via e-mail ai destinatari in formato PDF;

oppure:

b) riportando nella tabella delle firme il nome stampato per esteso di chi ha redatto, verificato ed approvato il documento; in questo caso, è necessario apporre in prima pagina, sotto la tabella delle firme,

la dicitura **“COPIA CONFORME ALL’ORIGINALE DEPOSITATO IN DIREZIONE”**, trasformare il documento in PDF e poi inviarlo via e-mail ai destinatari.

Chi invia la copia ha la responsabilità che il documento diffuso sia conforme a quello archiviato.

La lista di distribuzione è rappresentata dal messaggio di avvenuto recapito del documento.

Il reparto ricevente attraverso il proprio Coordinatore dovrà provvedere ad informare tutto il personale interessato dell’esistenza del documento, curandone la diffusione con raccolta delle firme di presa visione utilizzando il Modulo firme presa visione. Tale modulo resterà agli atti e archiviato presso il reparto.

Copie dei documenti ad uso interno

Se si rendesse necessario fare più copie cartacee dello stesso documento all’interno della propria U.O., si deve apporre sulla prima pagina dei documenti la dicitura **“COPIA PER USO INTERNO”**.

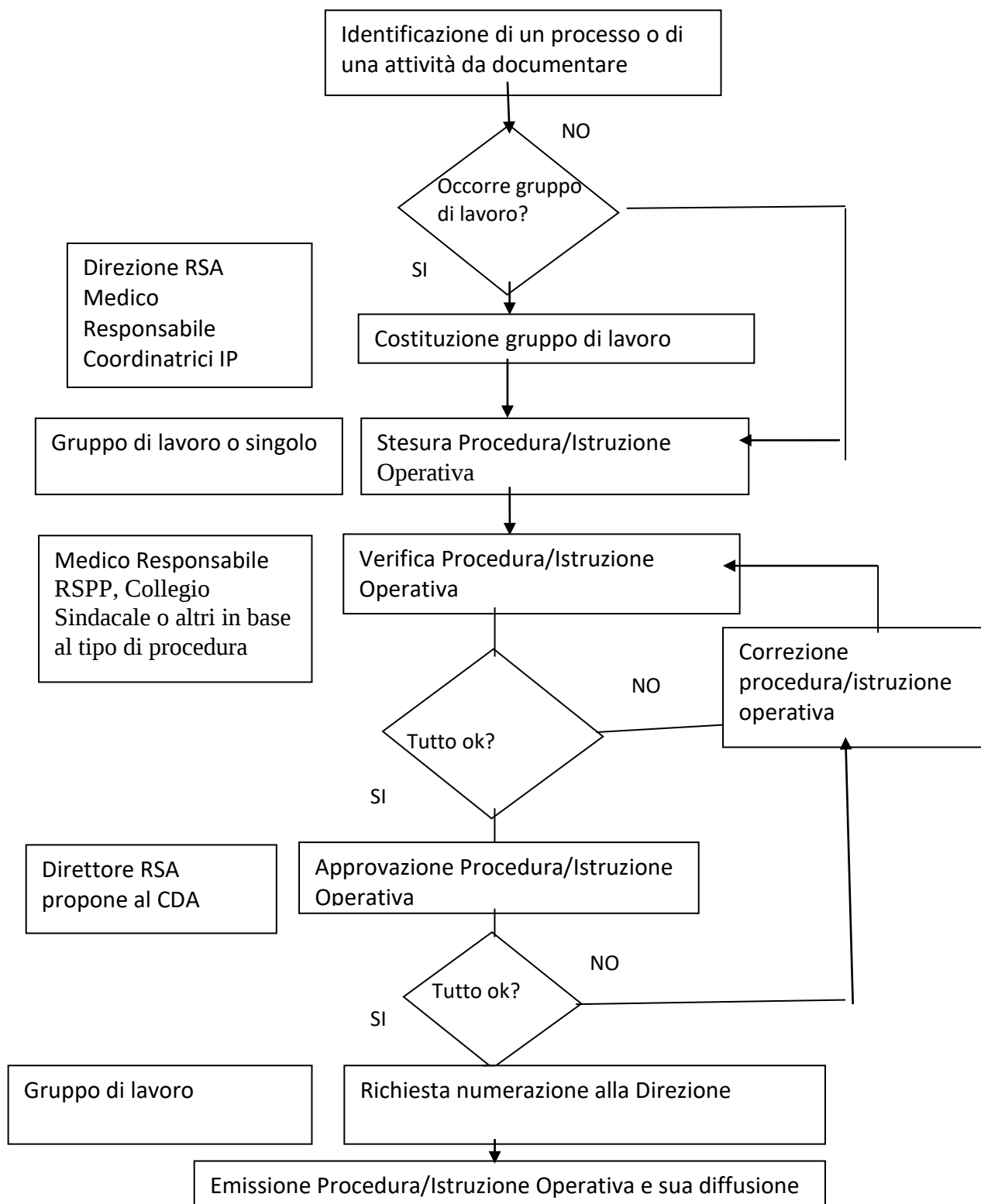
Il dipendente che intende fare copia cartacea di un documento ad uso personale, scaricandolo dall’area comune intranet o fotocopendolo dall’archivio cartaceo/informatico, si assume la responsabilità di eliminarlo una volta consultato, in quanto ritenuto fuori controllo.

Attuazione del piano di distribuzione

Nel corso del 2015 si sono tenute riunioni con tutto il personale di reparto per spiegare come fosse consegnato il sistema di qualità; al termine di ogni riunione, oltre al foglio firma, si è somministrato un questionario personale per verificare la comprensione. Queste riunioni hanno rappresentato il primo atto di attuazione forte del sistema, che verrà monitorato nel tempo.

All’inizio di ogni anno viene identificato l’elenco delle procedure da rivedere, mentre ad ogni fine anno viene effettuata una verifica del funzionamento del sistema con l’effettiva revisione delle procedure in scadenza. Deve risultare una revisione del 100% delle procedure.

DIAGRAMMA DI FLUSSO



IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AZIENDALE

In particolare il sistema organizzativo aziendale è fondato su questi criteri: per evitare o ridurre al minimo il rischio di reato ogni decisione o azione sensibile o a rischio viene segregata (svolta, controllata, autorizzata) o fatta / presa in modo collegiale, in equipe. Sono previste inoltre diverse riunioni di coordinamento.

Tutte le procedure possibili vengono svolte in via informatica, e tutti gli addetti che vi accedono sono dotati di dispositivo di firma elettronica, registrato presso INFOCERT, gestore di importanza nazionale legato alle Camere di Commercio, o effettuate tramite Carta CRS, per garantire la tracciabilità ed attendibilità del dato.

Nella parte speciale sono citate le procedure codificate relative, a cui tutti gli addetti devono attenersi, pena interventi disciplinari.

Copia dei documenti citati e/o dettagliate informazioni su ciascuno degli argomenti citati sono distribuite, conservate ed aggiornate insieme con il Modello organizzativo.

5°) – Organismo di Vigilanza e Controllo

5.1 Ruolo dell'Organismo di vigilanza

Gli artt. 6 e 7 del D.Lvo 231/2001 prevedono la necessaria costituzione di un organismo dotato di autonomia e potere di iniziativa e di controllo

L'Organismo ha, in termini generali il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza di modelli e di curare il loro aggiornamento (art. 6 comma C. I)

L'ente non sarà soggetto a responsabilità allorché provi:

- l'avvenuta introduzione di un modello organizzativo e di gestione atto a prevenire i reati previsti dal D.Lvo 231/2001 e successive integrazioni
- l'avvenuta costituzione dell'Organo di controllo e vigilanza
- che non vi sia stato o sia stata messa insufficiente vigilanza dal parte del predetto organismo

L'introduzione del modello organizzativo dell'Organismo di Vigilanza, consente all'Ente di non rispondere dei reati commessi da soggetti in posizione apicale (intendendosi per figure apicali i soggetti che rivestono potere di rappresentanza, di amministrazione, e di assunzione delle decisioni dell'Ente, dotati di autonomia amministrativa e finanziaria).

Nei casi di reati commessi da persone sottoposte all'altrui direzione o vigilanza, l'insorgenza di responsabilità in capo all'Ente, presuppone che sussista una inosservanza degli obblighi di ottemperanza alle prescrizioni dei soggetti preposti al sottoposto.

5.2 Rapporti dell'Organismo e dei suoi Membri

Dall' analisi complessiva degli artt 6 e 7 de D.Lvo 231/2001 e secondo le generali interpretazioni, le principali caratteristiche dell'Organismo di Vigilanza e Controllo sono da identificarsi:

- nell'autonomia
- nell'indipendenza
- nella professionalità
- nella continuità d'azione

AUTONOMIA

L'art. 6 comma 1 *lettera b)* del D.Lg. 231/2001 fa espresso riferimento a quegli "autonomi poteri di iniziativa e controllo" di cui l'Organismo dovrebbe essere dotato; si tratta propriamente di un'autonomia di tipo decisionale, inerente all'aspetto funzionale e qualificabile come

imprescindibile libertà di autodeterminazione e d'azione, con pieno esercizio della discrezionalità tecnica nell'espletamento delle funzioni di un organismo autoreferenziale.

L'autonomia sarà in primo luogo, rispetto agli enti, ai suoi vertici ed al *management*; conseguentemente l'Organismo dovrà poter espletare le sue funzioni completamente libero da condizionamenti o pressioni e non dovrà essere coinvolto nell'esercizio di attività di gestione che esorbitino dai compiti specificatamente assegnati in funzione dell'attività sua propria.

INDIPENDENZA

Il riferimento è evidente alla posizione dell'Organismo di Vigilanza rispetto alla società: il suo operato deve essere scevro da condizionamenti dipendenti da legami di sudditanza indebitamente creati rispetto al vertice di controllo, trattasi di un organo terzo, gerarchicamente collocato al vertice della linea di comando, capace di adottare provvedimenti ed iniziative insindacabili.

Particolare problema è quello relativo ai soggetti che sono legati agli Enti da un rapporto di lavoro o da un rapporto continuativo di consulenza o prestazione d'opera retribuita, ovvero da altri rapporti di natura patrimoniale che ne compromettano l'indipendenza.

Dai principi generali sull'Organismo discende la normale non includibilità dei dipendenti dell'organismo; la normativa tuttavia non è radicalmente ostativa alla possibilità di consentire qualche utilizzo di risorse interne.

Particolarmente quanto ciò è suggerito dalle evidenti opportunità di fare ricorso a soggetti dotati di un forte bagaglio di competenza ed esperienza e nel contesto di regole che assicurino la loro autonomia di dipendenza nello svolgimento.

PROFESSIONALITA'

I Membri dell'Organo di Vigilanza devono essere in possesso di adeguate capacità e professionalità in rapporto ai compiti istituzionali dell'Organismo.

Tale requisito deve essere proprio dell'organismo nel suo complesso.

E' opportuno che i Membri siano in possesso di specifiche competenze professionali particolarmente in problemi giuridici, organizzativi, informatici e contrattuali.

Rispetto a tale impostazione generale –ispirate ad un organismo pluri-organizzato ed esterno – la legge all'art. 6 comma 4, consente che i compiti dell'organismo di vigilanza "possano essere svolti direttamente dall'organo dirigente"

5.3 Compiti

I compiti fondamentali dell'Organismo di Vigilanza sono così sintetizzabili:

- Vigilare sulla rispondenza dei comportamenti realizzati all'interno dell'Ente con quanto previsto dal modello evidenziandone gli scostamenti, allo scopo di adeguarlo alle attività effettivamente svolte;
- Valutare l'adeguatezza del modello, in relazione alle attività svolte dall'ente e alla sua organizzazione, e cioè per valutare la sua validità nell' evitare la commissione delle categorie di reti per la prevenzione dei quali esso è stato introdotto;
- Verifica l'aggiornamento del modello, sia attraverso una fase preventiva di analisi delle mutate condizioni aziendali, sia attraverso una fase successiva di verifica della funzionalità delle modifiche proposte.

CAPITOLO III
DELL'INIZIATIVA E DEL CONTROLLO
Sezione I – L'Organismo di Vigilanza

Art. 1.1 – Organismo di Vigilanza -

1. E' istituito entro il 31-12 di ogni anno, a partire dal 2012, presso la Fondazione l'Organismo di iniziativa e di controllo previsto all'art. 6, comma 1, lett. B) del D. Lgvo n. 231/2001, d'ora in poi denominato OdV.
2. Detto Organismo composto da un numero di soggetti deciso dal Consiglio di Amministrazione, qualificati, con competenza, professionalità ed esperienza in campo legale, informatico, della sicurezza, contabile ed igienico-sanitario, dotati di requisiti di onorabilità tali da garantire imparzialità, autorevolezza e condotta impostata a valori etici.
3. Eventuali membri supplenti sostituiscono i membri effettivi in caso di possibile conflitto di interessi o in caso di assenza.
4. Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione nomina i componenti dell'OdV e ne determina la durata in carica. L'OdV può avvalersi della collaborazione di esperti a cui sarà conferita dalla Fondazione una consulenza di durata annuale, rinnovabile.
5. Nel caso di più componenti, l'OdV nomina al suo interno un Presidente, che ha il compito di promuovere attività, presiedere le riunioni e rappresentare l'OdV presso gli Amministratori della Fondazione. Il Presidente provvede, altresì, alle necessarie sostituzioni dei membri effettivi con i supplenti nei casi previsti al comma 3, dandone immediata comunicazione al Consiglio di amministrazione dell'Ente il quale dovrà formalizzare il subentro. Se il soggetto è il Presidente subentra in sostituzione il membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo Presidente.
6. Per garantire l'imparzialità nonché il rispetto formale e sostanziale dell'OdV non possono ricoprire la posizione e se, eletti, decadono immediatamente dalla carica:
 - coloro che si trovano nelle condizioni di cui all'art. 2382 Codice Civile ovvero coloro che sono stati condannati, ancorché in primo grado, ad una pena che comporta l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi;
 - il coniuge, i parenti e gli affini entro il quarto grado dei componenti del Consiglio di Amministrazione della Fondazione;
 - gli amministratori, il coniuge, i parenti e gli affini entro il quarto grado degli amministratori di istituzioni o di società che collaborano in via continuativa con l'Istituto;
 - i dirigenti o direttori di amministrazioni pubbliche con le quali La Fondazione interagisce in ragione delle sue finalità istituzionali.
7. I membri dell'ODV possono essere revocati:
 - In caso di inadempienze reiterate ai compiti o inattività ingiustificata;
 - In caso di intervenuta irrogazione, nei confronti dell'Ente, di sanzioni pecuniarie e/o interdittive, a causa dell'inattività del o dei componenti;
 - Quando siano riscontrate violazioni del Modello da parte dei soggetti obbligati e vi sia inadempimento nel riferire tali violazioni e nella verifica dell'idoneità ed efficace attuazione del Modello al fine di proporre eventuali modifiche;
 - Qualora subentri, dopo la nomina, alcune delle cause di ineleggibilità di cui sopra.La revoca è deliberata dal Consiglio di Amministrazione e segnalata immediatamente all'organo di controllo (collegio sindacale o revisore/i).
8. L'Organismo di Vigilanza deve distinguere le proprie funzioni dalle funzioni "politiche" e direttive del Consiglio di Amministrazione per il quale l'ODV deve costituire supporto

consultivo e svolgere azione di controllo a garanzia degli amministratori, della pubblica amministrazione, degli assistiti, degli operatori e di quanti entrano, a vario titolo, in contatto con la Fondazione.

Art. 1.2 - Risorse finanziarie dell'OdV -

1. Ai fini dei requisiti di autonomia ed indipendenza, ogni anno dovrà essere previsto da parte del Consiglio di Amministrazione in sede di elaborazione del budget annuale, un fondo da assegnare all'OdV sufficiente allo svolgimento dei compiti che il D. Lgvo n. 231/2001 e il presente Modello assegnano all'OdV.
2. Tale fondo sarà quantificato sulla base di apposita relazione predisposta dall'OdV.
3. I compensi eventualmente dovuti ai componenti dell'OdV sarà commisurato al tempo impiegato per l'esecuzione dell'incarico e saranno deliberati dall'organo amministrativo della Fondazione e liquidati periodicamente.

Art. 1.3- Autonomia e garanzie per l'operatività dell'OdV -

1. L'Amministrazione della Fondazione garantisce all'OdV la massima libertà di iniziativa e di controllo sulle attività aziendali, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello e consentire l'accertamento immediato delle violazioni a rischio di reato.
2. L'Amministrazione della Fondazione assicura l'uso, anche se non necessariamente esclusivo, di idonei locali per le riunioni, le audizioni ed ogni altra attività ritenuta necessaria. Tali locali dovranno garantire l'assoluta riservatezza nell'esercizio delle funzioni dell'OdV.
3. L'Amministrazione della Fondazione mette a disposizione dell'OdV, qualora lo richieda, per l'espletamento delle sue funzioni, idoneo personale di segreteria ed i mezzi tecnici necessari.
4. Resta, fermo, comunque, per gli Amministratori, l'obbligo generale di direzione e vigilanza sul personale sottoposto, anche ai fini del rispetto delle disposizioni del presente Modello.

Art. 1.4 - Funzioni dell'OdV –

L'OdV ha il compito di vigilare sull'osservanza del Modello e del Codice Etico, nonché di curarne l'aggiornamento.

In particolare l'OdV:

1. svolge le attività di controllo ritenute necessarie e opportune per accertare l'osservanza del Modello, anche attraverso l'adozione di opportune istruzioni;
2. svolge periodiche ispezioni mirate su attività, prassi od operazioni esposte a rischio, garantendo la stesura e la comunicazione dei relativi verbali;
3. raccoglie e comunica le informazioni e segnalazioni ricevute;
4. attua forme di raccordo colle altre funzioni aziendali, al fine di migliorare il monitoraggio sulle operazioni sensibili;
5. individua programmi e modalità informativi e formativi sul Modello organizzativo e sul Codice Etico stabilendo raccordi colle altre funzioni aziendali per la loro attuazione;
6. verifica la persistente idoneità del Modello organizzativo e svolge attività funzionali di proposta per il costante adeguamento ed aggiornamento.
7. cura la conservazione della documentazione relativa al Modello e alle verifiche effettuate.

Art. 1.5 - Poteri dell'Organismo di Vigilanza -

1. L'OdV ha il potere di autoregolamentazione e definizione delle sue procedure operative interne e di vigilanza e controllo.
2. L'OdV, nei limiti delle proprie competenze, può richiedere ed ottenere informazioni da chiunque a qualunque titolo operi nella Fondazione.
3. Gli Organi di Direzione ed Amministrazione della Fondazione che siano venuti a conoscenza di violazioni del Modello o di situazioni a rischio devono avvertire senza ritardo l'OdV. Nel caso si tratti di un'ipotesi riconducibile alla fattispecie prevista dal successivo art. 8, comma 2, devono altresì attivarsi per impedire il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento.
4. L'Amministrazione della Fondazione, per garantire la segretezza delle informazioni, sulla violazione del modello, fornite dai sottoposti - dipendenti o liberi professionisti - ha istituito una casella mail il cui accesso è riservato esclusivamente all'OdV, all'indirizzo odv.civate@gmail.com.
5. Le informazioni pervenute dovranno essere protocollate e conservate a cura dell'OdV in modo da garantirne la segretezza.

CAPITOLO IV DELLA SEGNALEZIONE DI FATTI ILLECITI AI SENSI DEL D. LGS 24/2023

Ai sensi dell'art. 4 del D. lgs 24/2023 la Fondazione ha attivato un canale di segnalazione interna che garantisce - tramite il ricorso a strumenti di crittografia - la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta (segnalato) o della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. Le segnalazioni devono essere effettuate preferibilmente in forma scritta con le modalità informatiche indicate nel presente capitolo. È fatto salvo il diritto del segnalante di presentare anche segnalazioni orali mediante un incontro diretto che verrà fissato entro un termine ragionevole su richiesta espressa della persona segnalante.

L'ODV della Fondazione, pertanto, raccoglie, valuta ed analizza per quanto di propria competenza le segnalazioni spontanee che siano trasmesse mediante l'accesso alla seguente piattaforma dedicata, che garantisce la riservatezza del segnalante mediante crittografia:

<https://areariservata.mygovernance.it/#!/WB/fondazione-casa-del-cieco>

seguendo le relative istruzioni fornite dalla piattaforma medesima.

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente paragrafo (definizioni, scopo, responsabilità, fasi di gestione della segnalazione etc.) si rinvia a quanto disciplinato dalla **Policy whistleblowing - gestione delle segnalazioni di eventuali fatti illeciti ex d. lgs 24/2023**, in quanto parte integrante e sviluppo operativo del presente documento.

Gestione del canale di segnalazione interna ed informativa

L'ODV, quale soggetto al quale viene affidata la gestione del canale di segnalazione interna limitatamente alla gestione di eventuali segnalazioni di cui all'art. 2 co. 1, lett. A, punto 2 D. lgs 24/2023 (quindi limitatamente alle condotte illecite rilevanti ai sensi del D. lgs 231/01) provvederà, anche attraverso la piattaforma dedicata, a:

- a) rilasciare alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione;

- b) mantenere le necessarie ed eventuali interlocuzioni con la persona segnalante (ad es. richiedere integrazioni, precisazioni, chiarimenti etc)
- c) garantire un diligente seguito alle segnalazioni ricevute (per valutare la sussistenza dei fatti segnalati, l'esito delle indagini e le eventuali misure adottate etc)
- d) fornire riscontro alla segnalazione entro tre mesi dalla data dell'avviso di ricevimento o, in mancanza di tale avviso, entro tre mesi dalla scadenza del termine di sette giorni dalla presentazione della segnalazione;

La Fondazione mette a disposizione informazioni chiare sul canale e sulle procedure per effettuare le segnalazioni interne e/o esterne sia per il tramite del presente Modello Organizzativo che attraverso una sezione dedicata del proprio sito web.

L'ODV, una volta ricevuta e valutata la segnalazione prende le conseguenti autonome iniziative di propria competenza – sotto la propria ragionevole discrezione e responsabilità - potendo procedere ad assumere ulteriori informazioni o chiarimenti all'autore della segnalazione, ovvero effettuare approfondimenti. In ogni caso non è consentito all'OdV assumere provvedimenti e/o azioni di natura gestionale, decisionale, correttiva od ablativa della problematica/comportamento segnalato, essendo questi di competenza esclusiva del Datore di Lavoro e/o del Consiglio di Amministrazione (a seconda delle competenze) i quali sono gli unici organi gestori deputati all'adozione delle azioni correttive e/o ablative eventualmente necessarie nel rispetto del sistema disciplinare di cui al presente Modello e della normativa in materia giuslavoristica.

Durante le indagini interne è fatto obbligo a tutte le persone coinvolte di fornire in maniera veritiera, corretta e genuina qualsiasi informazione pertinente venga loro richiesta dall'Organismo di Vigilanza nel corso delle sue indagini, sottoscrivendo le dichiarazioni fornite all'OdV nel relativo verbale.

Riservatezza delle segnalazioni e identità segnalante

Con riferimento alla riservatezza delle segnalazioni e all'identità del segnalante, l'art. 12 del D. Lgs 24/2023 sancisce il principio generale secondo cui le segnalazioni non possano essere utilizzate se non per darvi seguito, con espresso divieto di rivelazione dell'identità del segnalante a persone diverse da quelle specificamente autorizzate anche ai sensi degli articoli 29 e 32 del GDPR ed art. 2 *quaterdecies* del Codice Privacy, ad eccezione del caso in cui il segnalante abbia manifestato il proprio consenso espresso.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, pertanto, l'identità della persona segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità della persona segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, **la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso della persona segnalante alla rivelazione della propria identità.**

In tali casi verrà, pertanto, **dato avviso alla persona segnalante mediante comunicazione scritta e richiesta specifica di consenso espresso alla rivelazione della propria identità** (ovvero delle

informazioni da cui può evincersi direttamente o indirettamente l'identità) **quando la rivelazione dell'identità/informazioni sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.**

Procedimento penale e/o contabile

Invece, nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è di per sé coperta da segreto ai sensi dell'articolo 329 c.p.p. (non oltre la chiusura delle indagini preliminari) mentre nel procedimento dinanzi alla magistratura contabile essa non può essere rivelata sino alla chiusura della fase istruttoria.

Conservazione della documentazione inerente alle segnalazioni

La Fondazione, in conformità con l'art. 14 D. lgs 24/2023, conserverà la documentazione inerente alle segnalazioni ricevute per il tempo strettamente necessario al trattamento della segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione nel rispetto degli obblighi di riservatezza e del principio di limitazione della conservazione di cui all'art. 5 del GDPR.

Divieto di Ritorsione

È importante ricordare che la Fondazione, ai sensi del D. lgs 24/2023, vieta qualsiasi atto di ritorsione nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione sia la presentazione di segnalazioni infondate ed intende perseguire nei termini di legge e con le sanzioni disciplinari previste dal presente Modello Organizzativo:

- chiunque violi le misure di tutela del segnalante adottando ritorsioni nei confronti del segnalante di cui all'art. 17 D. lgs 24/2023. Per ritorsioni si intende *“qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o contabile o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto”*.
- chiunque con malafede, dolo o colpa grave **effettui segnalazioni che si rivelino successivamente infondate**: sul punto l'art. 16 comma 3 D. lgs 24/2023 prevede che quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale della persona segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave, **le tutele previste dal D. lgs 24/2023 non sono garantite e alla persona segnalante o denunciante è irrogata una sanzione disciplinare.**

Condizioni e presupposti per poter effettuare segnalazioni esterne - ANAC

Ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. E) D. lgs 24/2023 si evidenzia che la persona segnalante può, inoltre, effettuare:

- a) **una segnalazione esterna tramite i canali predisposti dall'ANAC** se, al momento della sua presentazione, ricorre una delle seguenti condizioni:

- non è previsto un canale di segnalazione interna ovvero lo stesso non è attivo o non è conforme al D. lgs 24/2023;
- ha già effettuato una segnalazione interna senza alcun seguito;
- ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione possa determinare il rischio di ritorsione;
- ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

b) una divulgazione pubblica quando:

- la persona segnalante ha previamente effettuato una segnalazione interna ed esterna ovvero ha effettuato direttamente una segnalazione esterna e non è stato dato riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

CAPITOLO V Sistema disciplinare

5.1 Principi generali

L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'effettiva commissione di un reato e, quindi, dall'eventuale instaurazione di un procedimento penale essendo sufficiente la violazione di una regola di condotta del presente Modello Organizzativo finalizzata a prevenire i reati di cui al Decreto e, in generale, delle procedure interne richiamate dal Modello (cfr. art. 6, comma secondo, lett. e, art. 7, comma quarto, lett. b). Le regole di condotta imposte dal Modello, infatti, sono norme interne che l'Ente ha deciso di formalizzare in piena autonomia al fine di garantire la massima legalità del proprio operato sia verso gli utenti che verso la Pubblica Amministrazione.

Sono soggetti al sistema sanzionatorio e disciplinare tutti i lavoratori dipendenti, gli amministratori, i collaboratori, nonché tutti coloro che intrattengono rapporti contrattuali con l'Ente, (siano essi medici, specialisti, consulenti e fornitori), nell'ambito dei rapporti stessi.

Il procedimento per l'irrogazione delle sanzioni di cui al presente capitolo tiene conto delle particolarità derivanti dallo status giuridico del soggetto nei cui confronti si procede.

5.2 Misure nei confronti dei lavoratori subordinati

I comportamenti tenuti dai lavoratori dipendenti in violazione delle singole regole comportamentali dedotte nel presente Modello sono definiti come illeciti disciplinari.

Impedire od ostacolare con qualsiasi mezzo l'attività dell'Organismo (ad es. non fornendo le informazioni richieste, occultando documenti etc) costituisce sempre un grave illecito disciplinare. In tali casi l'Organismo potrà rivolgersi al Datore di Lavoro il quale, nel rispetto della normativa vigente provvederà a convocare il lavoratore perché fornisca le informazioni e i documenti richiesti dall'Organismo stesso.

Con riferimento alle sanzioni irrogabili nei riguardi dei lavoratori subordinati e quadri senza poteri direttivi, esse rientrano tra quelle previste dal sistema sanzionatorio previsto dai CCNL applicati nell'Ente (Contratto UNEBA) nel rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 dello Statuto dei lavoratori ed eventuali normative speciali applicabili.

Il sistema disciplinare della Fondazione è quindi costituito dalle norme del codice civile e dalle norme pattizie di cui ai predetti CCNL. In particolare, il sistema disciplinare descrive i comportamenti sanzionati secondo il rilievo che assumono le singole fattispecie considerate e le sanzioni in concreto previste per la commissione dei fatti stessi sulla base della loro gravità.

I comportamenti che costituiscono violazione del Modello, corredati dalle relative sanzioni irrogabili esclusivamente nel pieno rispetto dei CCNL predetti a seconda della categoria di appartenenza del soggetto, sono i seguenti:

- 5.2.1. **incorre nel provvedimento di “biasimo inflitto verbalmente”** ex art. 71, lett. a) CCNL UNEBA o “rimprovero verbale” ex art. 24 co. 1 lett. a) CCNL Enti Locali il lavoratore che commetta una infrazione (per colpa o scarsa attenzione) di lieve entità ai principi del Codice Etico ovvero alle regole e procedure previste dal Modello di Organizzazione e Gestione. Tali comportamenti costituiscono una mancata osservanza delle disposizioni impartite dalla Fondazione.
- 5.2.2. **incorre nel provvedimento di “biasimo inflitto per iscritto”** ovvero “rimprovero scritto (censura)” ai sensi del CCNL applicabile il lavoratore che violi, per colpa, una delle procedure interne previste dal Modello o adotti (nell'espletamento di mansioni nelle aree sensibili) un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, quale, ad esempio:
- Recidiva nelle mancanze punite con il richiamo verbale di cui al punto 5.2.1.;
 - Inosservanza delle procedure in materia di sicurezza sul lavoro ed ambiente che non abbia portato alcuna conseguenza né messo in pericolo l'incolumità di alcun lavoratore;
 - Inosservanza delle procedure in materia di privacy che non abbia portato alcuna conseguenza;
 - Inosservanza delle procedure e/o dei protocolli in materia sociosanitaria che non abbia portato alcuna conseguenza né messo in pericolo la salute dei pazienti e/o dei Colleghi;
 - Infrazione di altre procedure interne previste dal Modello che non abbiano portato ad alcuna conseguenza giuridica per la Fondazione;
 - tolleranza o omessa segnalazione delle violazioni di cui al punto precedente commesse da propri sottoposti;
- 5.2.3. **incorre nel provvedimento della multa** (“sino a tre ore di normale retribuzione” ovvero “non superiore a quattro ore di retribuzione” a seconda del CCNL applicabile) **ovvero della sospensione** (“sospensione sino a tre giorni dal lavoro e dalla retribuzione” ovvero “sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni” a seconda del CCNL applicabile) il lavoratore che violi consapevolmente i principi e le procedure interne previste dal Modello o adotti – nell'espletamento di mansioni nelle aree sensibili – un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello ovvero ad una disposizione di legge come nel caso in cui commetta:
- Recidiva in una delle infrazioni previste per il rimprovero scritto di cui al punto 5.2.2.;

- Violazione di una procedura in materia di sicurezza sul lavoro od ambiente che abbia portato a conseguenze non gravi per la Fondazione ovvero per i soggetti e/o pazienti coinvolti;
- Inosservanza di una procedura e di un obbligo normativo in materia di privacy che abbia portato a conseguenze non gravi per la Fondazione ovvero per i pazienti coinvolti (ospiti etc);
- Violazione di una procedura e/o di un protocollo in materia sociosanitaria che abbia portato a conseguenze non gravi per gli ospiti, i Colleghi ovvero per la Fondazione;
- Infrazione di altre procedure interne previste dal Modello (ad esempio, violazione del sistema autorizzativo, dei flussi di processo, omissione delle informazioni richieste dall'Organismo di vigilanza, omissione di controlli affidati alla propria responsabilità, ecc.) che abbiano portato a conseguenze non gravi per la Fondazione.

Tali comportamenti, posti in essere per la mancata osservanza delle disposizioni impartite dall'Ente, costituiscono atti contrari agli interessi dello stesso.

5.2.4. **incombe nel provvedimento del "licenziamento disciplinare senza preavviso" ovvero del "licenziamento con preavviso o senza preavviso"** in relazione al CCNL applicabile, il lavoratore che, violando consapevolmente le procedure interne previste dal Modello, adotti scientemente un comportamento non conforme alle prescrizioni od alle procedure dello stesso, violando una disposizione di legge tale da determinare il concreto pericolo di applicazione a carico dell'Ente delle misure sanzionatorie previste dal D. lgs 231/01 o, comunque, tali da comportare un grave pregiudizio per l'Ente stesso come nel caso di:

- Accertata violazione del divieto di atti di ritorsione o discriminatori nei confronti del segnalante ai sensi del D. lgs 24/2023 , per motivi collegati - direttamente o indirettamente - alla segnalazione;
- Accertata infondatezza della segnalazione effettuata dal segnalante nei casi previsti dall'art. 16 comma 3 D. lgs 24/2023;
- violazione di una procedura in materia di sicurezza sul lavoro od ambiente ovvero di un ordine impartito dal proprio superiore gerarchico che comporti anche l'infrazione di un obbligo legislativo specificamente sanzionato ovvero che abbia comunque comportato conseguenze per l'incolumità di uno o più lavoratori o per l'ambiente;
- violazione di una procedura e di un obbligo normativo in materia di privacy che possa comportare una sanzione economica a carico della Fondazione;
- violazione di una procedura e/o di protocollo in materia sociosanitaria che abbia comportato anche l'infrazione di un obbligo legislativo ovvero che abbia comunque comportato conseguenze per la salute e sicurezza del Paziente;
- elusione fraudolenta delle procedure di controllo del Modello Organizzativo o comunque adozione di un comportamento in grave violazione delle prescrizioni tale da configurare - anche in via potenziale - un reato presupposto di cui al D. lgs 231/01.
- adozione di un comportamento assolutamente contrario ai principi etici della Fondazione che violi le procedure interne previste dal Modello ponendo in essere una condotta diretta in modo univoco al compimento di un qualsiasi reato (art. 56 c.p.);

Tali mancanze sono di gravità tale da far venire meno radicalmente la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso costituendo grave nocimento per la Fondazione.

5.2.5. Procedura di irrogazione e criteri di commisurazione della sanzione

Per quanto riguarda l'iter per l'accertamento delle infrazioni, le procedure e gli obblighi da osservare nell'irrogazione delle sanzioni si rinvia alle disposizioni previste dai CCNL applicabili nonché alla normativa vigente (codice civile, Statuto dei Lavoratori etc). In relazione all'aspetto procedurale, la contestazione dovrà essere tempestiva e dovrà rispettare il cd. principio di immutabilità della stessa, non potendo il Datore di Lavoro modificare i fatti e/o il titolo della contestazione disciplinare. Resta assicurato il diritto di difesa del lavoratore al quale sia contestato l'addebito (art. 7 L. 300/1970), il quale potrà proporre, entro i limiti ivi previsti, osservazioni ed argomentazioni a sua difesa in maniera tale da rispettare il fondamentale principio del contraddittorio.

La procedura di accertamento e di comminazione prescinde dall'instaurarsi di un procedimento penale a carico del soggetto agente in quanto il Datore di Lavoro ha la piena facoltà di applicare, all'esito delle opportune valutazioni, le sanzioni disciplinari ritenute più adeguate al caso concreto, non dovendo le stesse, in considerazione della loro autonomia, coincidere con le valutazioni del giudice in sede penale.

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

- a. dell'intenzionalità del comportamento o del grado di negligenza, imprudenza o imperizia del soggetto incolpato anche con riferimento alla prevedibilità dell'evento occorso;
- b. del comportamento complessivo del lavoratore incolpato con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo;
- c. delle mansioni assegnate al lavoratore e dalla posizione organizzativa di eventuali altre persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza;
- d. alla gravità degli effetti della condotta dell'incolpato (anche con riferimento al rischio cui l'Ente è stato esposto - ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 231/2001 - a seguito dell'illecito disciplinare).
- d. di tutti gli altri elementi circostanziali che qualificano l'illecito disciplinare.

Responsabile della concreta applicazione delle misure disciplinari sopra descritte per i dipendenti non dirigenti è il Datore di Lavoro, che potrà comminare le sanzioni anche su eventuale segnalazione dell'Organismo di Vigilanza, previa audizione dell'autore della condotta censurata. In ogni caso, l'Organismo di Vigilanza deve essere informato di ogni atto riguardante il procedimento disciplinare a carico di un lavoratore per violazione del presente Modello, dal momento della contestazione disciplinare all'eventuale provvedimento di archiviazione. Ai lavoratori viene data un'immediata e diffusa informazione circa l'introduzione di ogni eventuale nuova disposizione.

5.3 Misure nei confronti dei dirigenti e/o quadri con poteri direttivi

Quando la violazione delle regole previste dal presente Modello o l'adozione, nell'espletamento di attività nelle aree a rischio, di un comportamento non conforme alle prescrizioni del Modello stesso, è compiuta da dirigenti ovvero da quadri aventi poteri direttivi, si provvederà ad applicare nei confronti del responsabile la misura ritenuta più idonea in conformità a quanto previsto dal Codice Civile, dallo Statuto dei Lavoratori e dal Contratto collettivo di lavoro laddove applicabile. Quale sanzione specifica, potrà essere disposta anche la sospensione delle deleghe o procure eventualmente conferite al soggetto.

Responsabile della concreta applicazione delle misure disciplinari sopra descritte per i dirigenti è il Consiglio di Amministrazione, mentre per i quadri è il Datore di Lavoro.

I singoli atti del procedimento disciplinare fin dalla contestazione possono essere sottoscritti dal Presidente del Consiglio di Amministrazione che deve riferirne al Consiglio. Quest'ultimo resta

esclusivamente competente a adottare il provvedimento conclusivo del procedimento disciplinare nei confronti dei dirigenti.

Prima di irrogare una sanzione per violazione del Modello deve essere fornita comunicazione della contestazione all'Organismo di Vigilanza, al quale deve essere comunicato ogni ulteriore provvedimento consequenziale.

In particolare, i comportamenti dei Dirigenti ovvero quadri con poteri direttivi che comportano le sanzioni disciplinari sono i seguenti:

a. **Richiamo verbale** in caso di lieve inosservanza di quanto stabilito dalle procedure interne previste dal Modello o tolleranza di lievi irregolarità commesse dai propri sottoposti.

b. **Rimprovero scritto** (con richiamo a conformarsi alla regola violata) in caso di:

- Recidiva nelle mancanze punite con il rimprovero verbale;
- Inosservanza delle procedure in materia di sicurezza sul lavoro ed ambiente che non abbia portato alcuna conseguenza né messo in pericolo l'incolumità di alcun lavoratore;
- Inosservanza delle procedure in materia di privacy che non abbia portato alcuna conseguenza per la Fondazione;
- Inosservanza delle procedure e/o dei protocolli in materia sociosanitaria che non abbia portato alcuna conseguenza né messo in pericolo la salute dei pazienti e/o dei Colleghi;
- Infrazione di altre procedure interne previste dal Modello che non abbiano portato ad alcuna conseguenza per la Fondazione;
- tolleranza o omessa segnalazione delle violazioni di cui al punto precedente commesse da propri sottoposti;

c. **Revoca dei poteri eventualmente conferiti con procura:**

- Recidiva oltre la seconda volta in una qualsiasi delle mancanze di cui al punto B).
- violazione di una procedura in materia di salute e sicurezza sul lavoro e/o ambientale che comporti anche l'infrazione di un obbligo normativo e sanzionato previsto dal D. lgs 81/08, dal D. lgs 152/06 ovvero da altre normative applicabili e relative alla sicurezza sul lavoro ed ambiente (regionale, provinciale regolamentare o prescrittiva della P.A.), specificamente applicabile alla Fondazione;
- violazione di una procedura e di un obbligo normativo in materia di privacy che abbia portato a conseguenze non gravi per la Fondazione ovvero per gli ospiti;
- Violazione di una procedura e/o di protocolli in materia sociosanitaria che abbia portato a conseguenze non gravi per i pazienti, i Colleghi ovvero per la Fondazione;
- Infrazione di altre procedure interne previste dal Modello (ad esempio, violazione del sistema autorizzativo, dei flussi di processo, omissione delle informazioni richieste dall'Organismo di vigilanza, omissione di controlli affidati alla propria responsabilità, ecc.) che abbiano portato a conseguenze non gravi per la Fondazione.
- omessa segnalazione o tolleranza delle irregolarità di cui al presente punto commesse da propri sottoposti.

Tali comportamenti, posti in essere per la mancata osservanza delle disposizioni impartite dalla Fondazione, costituiscono atti contrari agli interessi della stessa e possono comportare la revoca del potere delegato collegato alla violazione.

d. **Licenziamento / recesso dal rapporto di lavoro (per giusta causa / giustificato motivo) in caso di:**

- Accertata violazione del divieto di atti di ritorsione o discriminatori nei confronti del segnalante ai sensi dell'art. 6 comma 2 bis lett. C) D. lgs 231/01, commessa dal Dirigente per motivi collegati - direttamente o indirettamente - alla segnalazione;

- Accertamento dell'infondatezza della segnalazione effettuata dal Dirigente con dolo o colpa grave ai sensi dell'art. 6 comma 2 bis lett. D) D. lgs 231/01;
- violazione di una procedura in materia di sicurezza sul lavoro od ambiente che comporti anche l'infrazione di un obbligo legislativo specificamente sanzionato ovvero che abbia comunque comportato conseguenze per l'incolumità di uno o più lavoratori o per l'ambiente;
- violazione di una procedura e di un obbligo normativo in materia di privacy che possa comportare una sanzione economica a carico della Fondazione;
- violazione di una procedura e/o di protocolli in materia di sanità pubblica che abbia comportato anche l'infrazione di un obbligo legislativo ovvero che abbia comunque comportato conseguenze per la salute e sicurezza del paziente;
- elusione fraudolenta delle procedure di controllo del Modello Organizzativo o comunque adozione di un comportamento in grave violazione delle prescrizioni tale da configurare - anche in via potenziale - un reato presupposto di cui al D. lgs 231/01.
- adozione di un comportamento assolutamente contrario ai principi etici della Fondazione che violi le procedure interne previste dal Modello ponendo in essere una condotta diretta in modo univoco al compimento di un qualsiasi reato;
- comportamenti reiterati di ostacolo o elusione fraudolenta dei controlli dell'OdV (reiterata e volontaria omissione di invio dei flussi informativi richiesti, mancata ostensione della documentazione richiesta ovvero falsità nelle informazioni/dati forniti etc);

Tali mancanze sono di gravità tale da far venire meno la fiducia sulla quale è basato il rapporto di lavoro e da non consentire comunque la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto stesso. In tali casi ed in attesa del provvedimento definitivo a carico del dirigente, il Presidente del Consiglio di Amministrazione - valutata la concreta gravità della condotta – può procedere con la sospensione in via cautelare dello stesso.

Responsabile della concreta applicazione delle misure disciplinari sopra descritte per i dirigenti è il Consiglio di Amministrazione, nel rispetto delle garanzie procedurali di legge (art. 7, commi 2 e 3, l. 300/1970 contestazione addebito, audizione autore della condotta censurata etc) in conformità con gli orientamenti Giurisprudenziali in materia.

5.4 Misure nei confronti degli amministratori, dei revisori contabili e dell'organismo di vigilanza

5.4.1. Misure nei confronti degli Amministratori

In caso di violazione del Modello Organizzativo da parte degli Amministratori l'Organismo di Vigilanza trasmette al Revisore ed al Consiglio di Amministrazione una relazione contenente:

- la descrizione della condotta contestata e la persona a cui viene addebitata la mancanza;
- l'indicazione delle previsioni del Modello o del Codice Etico che risultano essere state violate;
- gli eventuali documenti comprovanti la violazione e/o altri elementi di riscontro;

Nella prima seduta utile il Consiglio di Amministrazione convoca, mediante specifica comunicazione scritta contenente gli elementi di cui sopra, il soggetto asseritamente autore della violazione, con l'avviso all'incoltato della facoltà di formulare eventuali rilievi e/o deduzioni, sia scritte che verbali, con preavviso di almeno 15 giorni.

In occasione della seduta del Consiglio di Amministrazione, alla quale deve partecipare anche l'Organismo di Vigilanza, viene disposta l'audizione dell'incoltato, l'acquisizione delle eventuali controdeduzioni difensive da quest'ultimo formulate e l'espletamento degli eventuali ulteriori accertamenti ritenuti opportuni.

Il Consiglio di Amministrazione, sulla scorta degli elementi acquisiti, determina se il comportamento adottato dal soggetto incolpato abbia integrato una violazione del Modello ed assume una delibera, a maggioranza dei componenti del Consiglio, per l'irrogazione delle seguenti sanzioni:

- a) decurtazione dell'emolumento - ove previsto - o sanzione pecuniaria (fino ad un quinto del compenso percepito come amministratore);
- b) sospensione temporanea dalla carica;
- c) revoca dei poteri eventualmente conferiti con delega/procura;
- d) decadenza dalla carica (ad es. in caso di gravi e concordanti indizi di commissione di un reato presupposto per il D. lgs 231/01).

Per l'irrogazione della sanzione ablativa massima di cui al punto d) il Consiglio di Amministrazione deve informare e sottoporre la decisione, per la relativa deliberazione, all'Organismo competente, previsto dallo Statuto della Fondazione, per la nomina dell'Amministratore autore della violazione. Diversamente, qualora il Consiglio di Amministrazione non concordi con la relazione dell'Organismo di Vigilanza, ovvero non ravvisi gli estremi di una violazione dovrà adottare una delibera che motivi in modo adeguato ed esauriente la mancata irrogazione della sanzione nei confronti del Soggetto segnalato dall'O.d.V.

La delibera del Consiglio viene comunicata per iscritto, non appena disponibile, all'interessato nonché all'Organismo di Vigilanza per le opportune verifiche.

5.4.2 Misure nei confronti revisore e dell'organismo di vigilanza

In caso di violazione del presente Modello Organizzativo da parte del Componente dell'O.d.V., il Collegio sindacale, nella sua collegialità, informerà il Consiglio di Amministrazione.

In caso di violazione del presente Modello da parte di un componente del Collegio Sindacale, l'Organismo di Vigilanza informerà il Consiglio di Amministrazione.

In entrambi i casi, l'Organo di controllo che effettua la segnalazione trasmette al Consiglio di Amministrazione una relazione contenente:

- la descrizione della condotta contestata e la persona a cui viene addebitata la mancanza;
- l'indicazione delle previsioni del Modello che risultano essere state violate;
- gli eventuali documenti comprovanti la violazione e/o altri elementi di riscontro;

Nella prima seduta utile il Consiglio di Amministrazione convoca, mediante specifica comunicazione scritta contenente gli elementi di cui sopra, il soggetto asseritamente autore della violazione, con l'avviso all'interessato della facoltà di formulare eventuali rilievi e/o deduzioni, sia scritte che verbali, con preavviso di almeno 15 giorni.

In occasione della seduta del Consiglio di Amministrazione, alla quale deve partecipare anche l'Organismo di Vigilanza, viene disposta l'audizione dell'interessato, l'acquisizione delle eventuali deduzioni da quest'ultimo formulate e l'espletamento degli eventuali ulteriori accertamenti ritenuti opportuni.

Il Consiglio di Amministrazione, sulla scorta degli elementi acquisiti, determina se il comportamento adottato dal soggetto abbia integrato una violazione del Modello o del Codice etico e stabilisce la relativa sanzione.

Diversamente, qualora il Consiglio di Amministrazione non ravvisi una violazione del modello dovrà adottare una delibera che motivi in modo adeguato ed esauriente la mancata irrogazione della sanzione nei confronti del Soggetto. La delibera del Consiglio viene comunicata per iscritto, non appena disponibile, all'interessato.

5.5 Misure nei confronti di collaboratori esterni (medici specialisti, consulenti, lavoratori a progetto)

Nelle lettere di incarico o nei contratti che legano i soggetti esterni alla Fondazione devono essere inserite specifiche clausole contrattuali che prevedono la risoluzione del rapporto di collaborazione ovvero il diritto di recesso dal medesimo nel caso in cui i collaboratori esterni (lavoratori a progetto, medici non legati da un vincolo di subordinazione, consulenti, professionisti, fornitori etc) od altre persone fisiche o giuridiche comunque legate alla Fondazione da un rapporto contrattuale di qualsiasi natura, pongano in essere comportamenti in contrasto con le linee di condotta previste dalle procedure di cui al presente Modello e dal Codice Etico, tali da comportare il rischio di commissione di un reato previsto dal Decreto.

In tali casi resta salva la facoltà di richiesta di risarcimento, qualora da tali comportamenti derivino danni all'Ente, come – a mero titolo di esempio -nel caso di applicazione, anche in via cautelare, delle sanzioni previste dal Decreto a carico degli Fondazione.

Qualora sia riscontrata la violazione del Codice Etico da parte di un Terzo (collaboratore, fornitore etc), l'Organismo di Vigilanza trasmette al Legale Rappresentante una relazione contenente:

- la descrizione della condotta contestata, il soggetto al quale è addebitata la mancanza;
- l'indicazione delle previsioni del Codice Etico che risultano essere state violate;
- gli eventuali documenti comprovanti la violazione e/o altri elementi di riscontro;

Il Legale rappresentante invia al soggetto Terzo interessato una comunicazione scritta contenente l'indicazione delle previsioni del Codice Etico oggetto di violazione, nonché il rimedio contrattualmente previsto applicabile ed accettato dallo stesso, dando al terzo destinatario un termine non superiore a giorni quindici per la formulazione delle eventuali controdeduzioni ovvero per adeguarsi.

Il Legale Rappresentante, entro i successivi quindici giorni, adotta il provvedimento definitivo di irrogazione della sanzione contrattualmente prevista, comunicandolo per iscritto al soggetto Terzo interessato nel rispetto delle norme di legge e del contratto di riferimento.

L'Organismo di Vigilanza verifica l'applicazione del rimedio contrattuale applicabile.

All. n. 1 Catalogo de reati presupposto, aggiornato al D. lgs 75/2020 (31 luglio 2020)

All. n .2 Modulo per segnalazione eventuali fatti illeciti e informativa privacy