



FONDAZIONE OPERA  
SAN CAMILLO

# REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231

## MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231

Rev. 7.1  
Pag. 1/37

### NOTE E MODIFICHE

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

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

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

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

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

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

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

Rev. 6: 1) Definita entità di modico valore per eventuali doni a dipendenti PA; 2) specificato divieto di acquisire mance; 3) introdotto riferimento alla procedura P-059 Istruzioni per i responsabili designati e per coloro che sono autorizzati al trattamento dei dati; 4) eliminato riferimento alla procedura P022 Sistema di Gestione Ambientale; 5) indicato come facoltà dell'AD la possibilità di costituire Gruppo di lavoro Ambiente; 6) tolti riferimenti alle seguenti procedure: P015 procedura ciclo passivo, P06 procedura acquisti, P028 Procedura investimenti, Procedura informatizzata 4BUYER di qualificazione dei fornitori e prevista in capo dell'Amministratore Delegato la facoltà di definire le procedure di istruttoria, qualificazione, selezione, affidamento/contrattualizzazione e controllo dei fornitori; 7) integrata sezione relativa all'informativa verso l'OdV

Rev. 7: adozione nuova versione Procedura Acquisti P006; presa d'atto dell'individuazione dell'Amministratore delegato quale Responsabile della Conservazione ai sensi delle L.G. AgID in applicazione dell'art. 71 del Codice dell'Amministrazione Digitale

Rev. 7.1: recepimento del regolamento whistleblowing previsto dal d. lgs. 24/2023 in applicazione della direttiva EU 1937/2019 (allegato 1); rif. Del. 26/9/23 del Cda

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
Compliance	14/12/22		OdV	14/12/22		CdA	14/12/22; 26/9/23	





Sommario

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



<b>9.1. OBBLIGHI E DIVIETI SPECIFICI.....</b>	<b>17</b>
<b>9.2. ATTIVITÀ DI CONTROLLO .....</b>	<b>17</b>
<b>9.3. RAPPORTI DI COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALI E/O COORDINATI E CONTINUATIVI.....</b>	<b>18</b>
<b>10. IL SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE .....</b>	<b>18</b>
<b>11. IL MODELLO DI GESTIONE DELLA PROTEZION DEI DATI .....</b>	<b>19</b>
<b>11.1. ORGANIZZAZIONE E PROCEDURE DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>19</b>
<b>11.2. NORME DI COMPORTAMENTO:.....</b>	<b>20</b>
<b>12. LA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, DEI SISTEMI DI APPROVVIGIONAMENTO E LA QUALIFICAZIONE DI CLIENTI E PARTNER .....</b>	<b>21</b>
<b>12.1. INCASSI, PAGAMENTI E PRESIDI ANTIRICICLAGGIO E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>22</b>
<b>12.2. RAPPORTI DI FORNITURA.....</b>	<b>23</b>
<b>12.3. LA QUALIFICAZIONE DI CLIENTI E PARTNER .....</b>	<b>24</b>
<b>12.4. MISURE DI PREVENZIONE ANTICRIMINALITÀ .....</b>	<b>24</b>
<b>12.5. CLAUSOLE CONTRATTUALI STANDARD NEI RAPPORTI CON FORNITORI E COLLABORATORI .....</b>	<b>25</b>
<b>13. LA GESTIONE DELLA REDAZIONE DEL BILANCIO E PREVENZIONE DEI REATI TRIBUTARI ....</b>	<b>26</b>
<b>14. PROCESSO DI GESTIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO .....</b>	<b>27</b>
<b>14.1. SCOPO, E AMBITO DI APPLICAZIONE OWNER DEL PROCESSO .....</b>	<b>27</b>
<b>14.2. CICLICITA' .....</b>	<b>28</b>
<b>14.3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE.....</b>	<b>29</b>
<b>14.3.1. IDONEITA' .....</b>	<b>29</b>
<b>14.3.2. MODALITA' .....</b>	<b>29</b>
<b>14.3.3. CONTENUTO .....</b>	<b>29</b>
<b>14.3.4. ATTUAZIONE.....</b>	<b>29</b>
<b>14.3.5. ADOZIONE .....</b>	<b>30</b>
<b>14.3.6. REVISIONE .....</b>	<b>30</b>
<b>14.4. LA DOCUMENTAZIONE 231 .....</b>	<b>30</b>



FONDAZIONE OPERA  
SAN CAMILLO

## REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231

Rev. 7.1  
Pag. 4/37

14.5.	INFORMAZIONI .....	31
14.6.	FORMAZIONE .....	31
15.	REVISIONI.....	31
16.	ALLEGATI.....	31

## 1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo del presente documento è quello di definire:

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

Il documento pertanto:

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

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

## 2. I SOTTOSISTEMI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

In particolare, si considerano sottosistemi del modello Generale:

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

## 3. CRITERI GENERALI DI COMPORTAMENTO

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

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

Le regole generali di comportamento da osservare sono le seguenti:


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



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

13. promettere, offrire o consegnare denaro, doni od altre utilità, anche per interposta persona, a dipendenti della pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, di ogni qualifica, o livello, al loro convivente o coniuge ed ai di lui parenti, ovvero ai loro ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, zii, nipoti, salvo che il fatto accada in occasione di festività in cui sia tradizione lo scambio di doni (ad esclusione della consegna di denaro) o, comunque, questi siano di tenue valore e non superiori al maggior valore tra € 50,00 ed il valore eventualmente previsto dai rispettivi regolamenti degli uffici interessati;
14. a tutti coloro che svolgono la propria attività nella Fondazione, ricevere danaro, doni o qualsiasi altra utilità, o accettarne la promessa, da chiunque sia, in rapporto con la Fondazione e voglia conseguire indebitamente un trattamento in violazione della normativa di legge;
15. a chi agisce per conto della Fondazione, nei rapporti con funzionari pubblici (dell'Assessorato regionale alla sanità, della ASL ovvero di qualsiasi altra pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee) determinarne le decisioni con violenza, minaccia o inganno;
16. a tutti coloro che svolgono la propria attività nella Fondazione, ricevere danaro, anche in forma di mance, doni o qualsiasi altra utilità, o accettarne la promessa, da chiunque sia, per lo svolgimento di un'attività che rientra nei propri doveri d'ufficio soprattutto se legati all'assistenza e cura di pazienti e ospiti.

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 7/37</b></p>
--	---	--

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.

#### **4. IL SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA FONDAZIONE**

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

Lo Statuto prevede quali Organi della Fondazione:

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

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

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

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


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

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

##### **4.2. Il Sistema delle deleghe**

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

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b> <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b> <b>Pag. 8/37</b></p>
--	--	---

Il sistema delle deleghe deve essere conforme ai requisiti occorrenti per le procedure interessate ed in particolare deve osservare il seguente criterio:

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

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

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

#### **4.3. Gli amministratori**

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

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

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

#### **4.4. Gli Organi di controllo e vigilanza**

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

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

### **5. IL SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI**

#### **5.1. Il whistleblowing**

L'istituto del Whistleblowing consiste nella possibilità di segnalare illeciti e condotte irregolari potenzialmente lesivi dell'integrità dell'organizzazione. Con delibera del Consiglio in data ..... la Fondazione ha approvato apposito regolamento che viene riportato nell'Allegato 1) e che costituisce parte integrante del Il Regolamento Generale di Policy 231 e del Modello Organizzativo 231.


#### **5.2. Obblighi di informativa all'Odv**



L'Organismo di Vigilanza definisce e raccoglie, anche con il supporto della funzione di Compliance, la reportistica (periodica o ad hoc) cui ogni persona che rientri nella definizione di cui all'art. 5 comma 1 del d- lgs. 231 (in particolare i responsabili degli Uffici centrali e i direttori delle Unità Operative Locali) è obbligatoriamente tenuta a trasmettere. La reportistica risponde agli obblighi informativi previsti dal d. lgs. 231/01 art. 6 comma 2 lettera in merito alla previsione degli obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli.

Devono essere obbligatoriamente trasmesse all'Odv le informazioni concernenti:

Nr.	Informativa	chi	Periodicità
1	I provvedimenti e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati di cui al Decreto e successive estensioni;	Segreteria generale	Immediata / contestuale alla prima evidenza
2	Le richieste di assistenza legale inoltrate dagli amministratori, dai dirigenti e/o dagli altri dipendenti in caso di avvio di procedimento giudiziario per i reati previsti dal Decreto e dalle successive estensioni;	Segreteria generale	Trimestrale* <sup>2</sup>
3	Procedimenti disciplinari svolti e delle eventuali sanzioni irrogate (ivi compresi i provvedimenti verso i dipendenti), ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;	Risorse Umane	Trimestrale* <sup>2</sup>
4	Le valutazioni in ordine alla scelta della Società di revisione	CdA * <sup>1</sup>	Trimestrale* <sup>2</sup>
5	Qualsiasi incarico conferito o che si intende conferire alla Società di revisione, diverso da quello concernente la certificazione del bilancio;	CdA * <sup>1</sup>	Trimestrale* <sup>2</sup>
6	Giudizio emesso dalla società di Revisione sul bilancio d'esercizio approvato	CdA * <sup>1</sup>	Trimestrale* <sup>2</sup>
7	Tutte le notizie relative alla commissione dei reati previsti dal Decreto Legislativo 231/2001 e dalle leggi successive in relazione all'attività della Fondazione o a comportamenti non in linea con le regole di condotta adottate dalla Fondazione stessa;	CdA * <sup>1</sup>	Immediata / contestuale alla prima evidenza
8	Il sistema delle deleghe e delle procure adottato ed ogni successiva modifica dello stesso; (Indicare eventuali modifiche o deleghe specifiche a livello di UOL)	CdA * <sup>1</sup> / Direttori UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
9	Verbali e/o comunicazioni provenienti dagli Organi Preposti alle Aree di Sicurezza sul Lavoro e Tutela della salute e Organi Paritetici ( ASL o Direzione Provinciale del Lavoro o Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, ecc..) Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale;	Risorse Umane / Direttori UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
10	Report relativo agli incidenti sul lavoro verificatisi con indicazione della loro gravità, con separata indicazione degli incidenti che hanno determinato un assenza dal lavoro superiore ai 40 giorni in prognosi iniziale o comunque di grave entità;	Direttori UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
11	Non conformità rilevanti riscontrate da RSPP che comunque non costituiscono pericolo grave e imminente per la sicurezza sul lavoro	RSPP	Trimestrale* <sup>2</sup>
	Gravi non conformità rilevate nelle verifiche a cura di RSPP che potrebbero costituire un rischio rilevante per la sicurezza sul lavoro	RSPP	Immediata / contestuale alla prima evidenza
12	Le decisioni relative alla richiesta, erogazione ed utilizzo di finanziamenti pubblici;	Amministratore Delegato, CdA (*1) / Direttore Amministrativo Fondazione / Direttori UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
13	La stipula di convenzioni con Regioni e/o ASL presso le quali opera la fondazione;	Amministratore Delegato, CdA * <sup>1</sup> / Direttori UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
14	Natura delle transazioni avvenute con clienti/fornitori/partner appartenenti a paesi black-list;	Direttore Amministrativo	Trimestrale* <sup>2</sup>
15	Particolari eccezioni/deroghe alle modalità standard e/o prassi locali sui pagamenti/incassi. A titolo di esempio: - pagamento in contanti di fornitori e consulenti, - operazioni di incasso/pagamento al di sotto/di sopra dei termini ordinari di pagamento (ad esempio, fatture pagate a vista).	Direttore Amministrativo / Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
16	Affidamento lavori o appalti per importi ≥ € 100.000	Responsabile Acquisti Responsabile Manutenzione	Trimestrale* <sup>2</sup>
17	Contenziosi, anche stragiudiziali, relativi a tematiche potenzialmente a rischio 231	Segreteria generale / Comitato Sinistri	Trimestrale* <sup>2</sup>
18	Report degli incidenti / violazioni della security informatica	Responsabile Servizi Informativi / Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
19	Spese urgenti e improcrastinabili per la sicurezza (lavoro e ambiente): importi e motivazione	Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b> <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b> <b>Pag. 10/37</b></p>
--	--	--

Nr.	Informativa	chi	Periodicità
20	Verbali Nuclei Operativi di controllo o organismi di controllo (ASL, Regione) per verifiche inerenti appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (ricoveri, ambulatoriali, accessi residenziali-semiresidenziali ecc.)	Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
21	Transazioni finanziarie con parti correlate (Fondazione Ospedale Sn Camillo / Provincia Lombardo Veneta)	Direttore Amministrativo Fondazione	Trimestrale* <sup>2</sup>
22	stato di attuazione dei piani di miglioramento sulla sicurezza definiti in occasione della riunione annuale sulla sicurezza o in occasione di altri incontri di riesame della Direzione	Direttore UOL/RSPP	Trimestrale* <sup>2</sup>
23	Attività di formazione su argomenti rilevanti ai sensi del d. lgs. 231/01 (es. inerenti sicurezza sul lavoro/antincendio/emergenze, 231, risk management, codifica SDO/cartelle cliniche).	Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
24	Affidamento consulenze non sanitarie (es. consulenze fiscali, legali, direzione lavori ecc.)	Responsabile Acquisti / Direttore UOL / Direttore Amministrativo Fondazione	Trimestrale* <sup>2</sup>
25	Esito delle attività di autocontrollo delle cartelle cliniche e dei fascicoli sanitari	Direttore UOL	Trimestrale* <sup>2</sup>
26	Audit effettuati in tema di sicurezza sul lavoro e sicurezza ambientale	Direttore UOL/RSPP	Trimestrale* <sup>2</sup>
27	Attività svolte da collaboratori: Risultano prestazioni o attività effettuate da collaboratori/liberi professionisti non contrattualizzati?	Direttore UOL	Immediata / contestuale alla prima evidenza
28	Autorizzazioni all'esercizio: Risultano attività sanitarie o socio-sanitarie effettuate in assenza o in attesa di autorizzazioni all'esercizio?	Direttore UOL	Immediata / contestuale alla prima evidenza
29	Accreditamenti istituzionali: Risultano attività sanitarie o socio-sanitarie effettuate fatturate o fatturabili al SSN in assenza o in attesa di accreditamento istituzionale?	Direttore UOL	Immediata / contestuale alla prima evidenza

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

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

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


Nell'ambito delle sue prerogative, l'Organismo di Vigilanza può accedere liberamente a tutte le aree aziendali e può accedere a tutte le informazioni riguardanti le attività sensibili dell'Ente; può chiedere informazioni e l'esibizione di documenti in merito alle attività sensibili, a tutto il personale dipendente, agli amministratori, al collegio dei revisori; può svolgere o provvedere a far svolgere attività ispettive periodiche.

L'obbligo di dare informazione all'OdV riguarda chiunque (in particolare: amministratori, sindaci, dipendenti e soggetti coinvolti nelle funzioni aziendali a rischio reato) sia a conoscenza di notizie o fatti rilevanti ai fini del d.lgs. 231/01, coinvolgendo anche i soggetti esterni (intendendosi per tali i lavoratori autonomi o parasubordinati, i professionisti, i consulenti, i collaboratori, i fornitori, ecc...).

### 5.3. Informazione e comunicazione

Per conseguire l'esonero dalla responsabilità la Fondazione deve dimostrare di aver fatto tutto ciò che doveva; bisognerà, dunque, pubblicizzare i documenti più significativi del modello organizzativo adottato - quelli cioè che possono consentire la migliore e immediata comprensione dei principi e delle regole comportamentali atti a prevenire i reati - tramite una o più delle seguenti modalità: i) notifica a mano (con firma per ricevuta) a tutti coloro che operano nella struttura; ii) pubblicazione sul sito della Fondazione (sezione "trasparenza, privacy e 231") iii) pubblicazione sul "portale del dipendente". In tale ambito, per documenti significativi si intendono:

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 11/37</b></p>
--	---	---

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


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

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

### **6.1. Principali aree di rischio**

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

- Rapporti colla P.A. per lo svolgimento delle attività di assistenza sanitaria, di assistenza sociosanitaria, di ricerca, di formazione e di istruzione. Lo svolgimento della prevalente attività, corrispondente ai fondamentali scopi istituzionali della Fondazione, comporta rapporti costanti e correnti colla P.A. (Ministeri - Regioni - Enti Locali - Università - A.S.L.). Il rischio è rappresentato dalla ipotetica possibilità di comportamenti tesi ad indirizzare l'azione della P.A. allo scopo di consentire, alla Fondazione, di conseguire vantaggi non pertinenti, di rimuovere ostacoli ed adempimenti dovuti. In generale tali comportamenti possono essere conseguiti mediante la commissione di reati quali corruzione, concussione, malversazione, false attestazioni, truffa, falso (ideologico e materiale), turbativa d'asta.
- Richieste di contributi o finanziamenti erogabili da Enti pubblici. Il rischio teorico è collegato alla possibilità che nei rapporti fra gli Enti pubblici finanziatori e la Fondazione, si ricorra a comportamenti volti a conseguire finanziamenti non pertinenti, o a superare l'esigenza di presupposti o di adempimenti o di conseguire finanziamenti per attività e scopi diversi da quelli per i quali i finanziamenti possono essere accordati.
- Rapporti con gli Enti pubblici per l'ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni ed altri titoli abilitativi all'esercizio di attività aziendale. Il rischio è collegato alla possibilità di comportamenti tesi al rilascio di false attestazioni inerenti al rispetto di requisiti di accreditamento, autorizzazioni ed altri assenti amministrativi occorrenti per lo svolgimento delle attività aziendali o allo svolgimento delle stesse in assenza in assenza dei provvedimenti autorizzativi e di accreditamento.
- Incarichi di consulenze e affidamento di forniture, lavori e appalti di servizi. Il rischio è collegato ad un eventuale affidamento di consulenze di forniture, lavori e appalti di servizi, per consentire in contropartita il conseguimento, in via indiretta e mediante improprie triangolazioni, di vantaggi da parte di soggetti pubblici con lo scopo di alterarne il grado di imparzialità e di obiettività.
- Gestione dei ricoveri e delle prestazioni da tariffare e fatturare. Il rischio teorico è riferibile ai reati di truffa o di frode/frode informatica o di indebita fruizione di finanziamenti pubblici per effetto di false attestazioni sulle prestazioni fornite (falso ideologico e/o materiale) o per impropria applicazione alle prestazioni di tariffe non pertinenti o per altre indicazioni improprie volte alla erronea prospettazione della consistenza e della natura delle prestazioni rese in vista del conseguimento di vantaggi economici.
- Partecipazione a gare per l'affidamento di servizi in ambito sanitario e/o sociosanitario. Il rischio è riferito ai reati di turbativa d'asta mediante violenza, minaccia, doni, promesse, collusioni con altri soggetti interessati o altri mezzi fraudolenti.
- Gestione delle ingiunzioni. Il rischio è connesso all'uso di accorgimenti in caso di ingiunzioni amministrative o fiscali o previdenziali per alterare l'esito delle ingiunzioni, con vantaggi indebiti per la Fondazione.

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 12/37</b></p>
--	---	---

- Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari nei rapporti economici intrattenuti con la Pubblica Amministrazione
- False attestazioni nelle dichiarazioni rilasciate alla PA, con particolare riferimento alle dichiarazioni antimafia e alla mancanza di motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e smi
- Adempimenti amministrativi, fiscali e previdenziali. Il rischio teorico è collegato a frodi e all'inadempimento degli obblighi dovuti in materia fiscale, amministrativa, previdenziale e simili.

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

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

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

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

In particolare, sono stati ritenuti pubblici ufficiali:

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

Sono stati considerati incaricati di un pubblico servizio:

- l'infermiere che svolge funzioni paramediche e l'infermiere professionale;
- il tecnico di radiologia;
- l'ausiliario sociosanitario specializzato;
- il dipendente dalla USL addetto a mansioni esattoriali e di controllo delle certificazioni mediche;
- l'addetto alla riscossione dei ticket;

- il gestore di una tesoreria della USL;
- l'autista di ambulanza di proprietà di una società autorizzata al servizio di pronto soccorso come ausiliaria della protezione civile provinciale;
- il farmacista (sia esso convenzionato o meno con il SSN).

### **6.3. Comportamenti da osservarsi (generali e particolari) nei rapporti con la P.A. e con “persone politicamente esposte”**

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

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

Sono adottate le seguenti misure o procedure particolari:

1. il sistema di ripartizione dei poteri (e, in specie, le procure e le deleghe) deve essere conforme ai compiti ed alle attribuzioni proprie del personale interessato; analogamente per i liberi professionisti, i poteri conferiti, non devono essere generici ma devono costituire componente naturale del mandato o dell’incarico professionale;
2. i responsabili (funzioni apicali), i collaboratori e gli Organi che intrattengono rapporti diretti con la P.A. o con “persone politicamente esposte” devono essere destinatari di provvedimento di attribuzione di appositi poteri da parte della Fondazione;
3. va gestita la ricostruibilità a posteriori dell’esistenza degli atti recanti l’attribuzione di poteri o di autorizzazioni;
4. I dipendenti, dirigenti e amministratori che intrattengono rapporti diretti con la P.A. o con “persone politicamente esposte” devono essere esplicitamente individuati.
5. Chiunque intrattenga rapporti diretti con la P.A. o con “persone politicamente esposte” ha il dovere di mantenere traccia del contenuto degli incontri con funzionari e dirigenti della P.A. o con “persone politicamente esposte” al fine di relazionare periodicamente al diretto superiore (o al Consiglio di Amministrazione nel caso dell’Amministratore Delegato) e, a richiesta, all’Organo di Vigilanza, circa l’evoluzione e il contenuto delle relazioni intercorrenti con tali funzionari e dirigenti.
6. qualunque criticità, o eventuali conflitti di interesse, va segnalata all’Organo di Vigilanza;

7. collaboratori e fornitori che intrattengono stabili o ricorrenti rapporti colla P.A. per conto della Fondazione devono periodicamente informare il legale Rappresentante della Fondazione in ordine alla attività assolta, ai problemi emersi ed alle criticità rilevate;
8. nei contratti di service o di appalti di servizi vanno definite ed esplicitate le singole responsabilità, le attività di controllo e di informazione fra i contraenti; vanno definite le modalità e le procedure di erogazione del servizio; vanno introdotte clausole per garantire il rispetto del D.Lgvo 231/2001;
9. alle ispezioni giudiziarie, amministrative, fiscali o previdenziali debbono intervenire, per conto della Fondazione, i soggetti a ciò espressamente delegati ed autorizzati; di tutti i verbali va assicurata l'acquisizione e la conservazione agli atti dell'Amministrazione; ove nelle ispezioni emergano contrasti, va data pronta informazione all'Organo di Vigilanza;
10. ogni dichiarazione resa a qualsiasi Ente od Organo pubblico va redatta per iscritto e deve contenere dichiarazioni veritiere; copia dell'atto va acquisita e conservata negli Archivi della Fondazione;
11. i preposti alla verifica ed ai controlli su adempimenti finalizzati ad ottenere somme dalla P.A. (pagamento delle fatture, finanziamenti per finalità particolari o altro) devono porre attenzione sulla sussistenza di tutti i requisiti e presupposti occorrenti, formali e sostanziali, incluso il rispetto delle norme che regolano la tracciabilità finanziaria (rif. art. 3 Legge 136/2010 e s.m.i.)

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

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

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

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

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

#### **6.5. Incarichi pubblici**

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

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

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

È vietato:

- assumere alle dipendenze della Fondazione ex impiegati della pubblica amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni un atto - di competenza di uno dei predetti soggetti - espressione del suo potere discrezionale, da cui sia derivato vantaggio per la Fondazione o per il quale la Fondazione possa avere interesse. Lo stesso divieto dovrà essere previsto per i casi di omissione o ritardo di un atto svantaggioso per la Fondazione;
- assumere o attribuire incarichi in violazione del d. lgs. n. 165 del 30 marzo 2001; art. 53, così come modificato dalla legge n. 190 del 6 novembre 2012, art. 1 punto 42, lettera l
- assumere con contratto di lavoro subordinato o contratto di collaborazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di dipendenti di ASL, ATS, ASST, Regione che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei confronti della Fondazione, poteri autoritativi o negoziali

## **7. IL SISTEMA DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DI ADEBITO AL SSN**

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

E' vietato, in particolare:

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

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


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

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

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

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



 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 16/37</b></p>
--	---	---

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

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

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

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

### **8.1. Aree esposte al rischio**

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

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

Il Documento Valutazione Rischi è richiamato a confronto anche:

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


### **8.2. Adempimenti**

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

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

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



 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 17/37</b></p>
--	---	---

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

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

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

### 9.1. Obblighi e divieti specifici

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

Sono adottate le seguenti misure o procedure particolari:

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

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


- Non è consentito di usufruire né favorisce l'utilizzo di lavoro infantile. Si considera lavoro infantile quello prestato da minori in età non lavorativa secondo le vigenti leggi.
- È vietato attuare o favorire la discriminazione nell'assunzione, nella retribuzione, nell'accesso alla formazione, nelle promozioni, nel licenziamento o nel pensionamento, che si basi su questioni di razza, etnia, casta, nazionalità, religione, disabilità, sesso, preferenze sessuali, appartenenza a sindacati, affiliazione politica, età.
- È vietato interferire nell'esercizio dei diritti del personale di osservare credenze o pratiche, o di soddisfare esigenze relative alla razza, casta, nazionalità, religione, disabilità, sesso, preferenze sessuali, appartenenza a sindacati, affiliazione politica.
- Non sono consentiti comportamenti, inclusi gesti, linguaggio o contatto fisico, che siano sessualmente coercitivi, minacciosi, offensivi o di sfruttamento.
- La retribuzione dei lavoratori deve essere conforme ai contratti collettivi nazionali o comunque proporzionata rispetto alla quantità e qualità del lavoro prestato.
- È vietato applicare detrazioni dal salario per motivi disciplinari (salvo quanto previsto dai CCNL, dalle leggi e dal sistema disciplinare).
- È vietato la stipula di accordi che prevedano la fornitura di lavoro nero, né schemi di falso apprendistato.

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

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

### 9.2. Attività di controllo

I controlli effettuati sui lavoratori, inclusi anche quelli temporanei, vengono effettuati nel rigoroso rispetto della

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 18/37</b></p>
--	---	---

vigente normativa, con particolare riferimento alla privacy ed ai diritti dei lavoratori.

In alcun caso sono tollerati metodi di sorveglianza degradanti.

I controlli devono essere necessari a finalità strettamente aziendali.

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

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

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

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

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

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

In particolare, è necessario che:

- tali incarichi siano sempre regolati da apposito contratto
- l'oggetto dell'incarico sia sempre legittimo, determinato, determinabile e sufficientemente chiaro
- sia sempre tracciabile l'erogazione dei compensi
- i compensi siano coerenti con la quantità e/o qualità dell'attività prestata, nonché con la natura professionale dell'incarico
- sia conservata agli atti opportuna documentazione dell'attività svolta dal collaboratore soprattutto quando l'oggetto dell'incarico non sia limitata ad una mera attività di consulenza, ma comporti la possibilità che il collaboratore agisca in nome o in nome e per conto della Fondazione presso soggetti esterni, in particolare soggetti della Pubblica Amministrazione
- il contratto contenga l'obbligo di osservare il Modello e l'indicazione sulle conseguenze delle violazioni del Modello stesso e dei provvedimenti da adottarsi di conseguenza.


## **10. IL SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE**

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

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

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

- Acque di scarico
- Rifiuti

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 19/37</b></p>
--	---	---

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

È compito dei direttori UOL:

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

In casi di incidenti ambientali è compito dei Direttori UOL

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

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


## **11. IL MODELLO DI GESTIONE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

### **11.1. Organizzazione e procedure di riferimento**

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

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

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 20/37</b></p>
--	---	---

relativi aggiornamenti:

- Procedura P-059 Istruzioni per i responsabili designati e per coloro che sono autorizzati al trattamento dei dati
- Procedura P-051 procedura di rilevazione e notifica della violazione dei dati
- Procedura P-052 procedura per garantire l'esercizio dei diritti degli interessati

L'Amministratore Delegato:

- effettua la nomina degli amministratori di sistema.
- È nominato dal Consiglio di Amministrazione quale responsabile della conservazione ai sensi delle L-G. AgID in applicazione dell'art. 71 del Codice dell'amministrazione digitale (rif. Delibera Consiglio di Amministrazione 10 dicembre 2021)
- individua i referenti con le Regioni ed altri enti deputati al governo dei servizi informativi regionali e alla gestione del fascicolo sanitario elettronico


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

- provvedere alla raccolta delle informazioni occorrenti per le attività di ricognizione ed analisi svolte dalla funzione di Compliance, nonché validare e confermare le tabelle di ricognizione ed analisi predisposte, sempre dalla funzione Compliance finalizzate:
  - alla predisposizione e all'aggiornamento del Registro dei trattamenti di cui all'art. 30 del Regolamento EU 679/2016.
  - all'aggiornamento periodico delle schede di autorizzazioni al trattamento
  - alla individuazione dei processi esternalizzati, ambiti di responsabilità degli outsourcers e definizione delle misure di sicurezza richieste, necessari per garantire il controllo della filiera della gestione dei dati e per la regolazione contrattuale dei rapporti con i responsabili esterni del trattamento
- fornire la propria collaborazione e supporto
  - alla funzione di compliance nello svolgimento delle attività proprie di quest'ultimo, ivi incluso lo svolgimento della analisi dei rischi.
  - alla funzione di compliance e al Responsabile della protezione dei dati per la predisposizione delle valutazioni di impatto ed eventuale consultazione preventiva di cui agli artt. 35 e 36 del Regolamento UE 679/2016
- fornire la propria collaborazione e supporto in occasione di verifiche, audit, indagini svolte Responsabile della protezione dei dati, ovvero dalle competenti Autorità pubbliche.
- implementare le misure di sicurezza adottate
- partecipare alle attività formative ed informative e collaborare per la stesura del piano formativo.
- raccogliere e trasmettere senza indugio ogni segnalazione di incidente pervenuta o direttamente rilevata.
- assicurare l'esercizio dei diritti degli interessati al trattamento
- controllare, negli ambiti di propria competenza, il rispetto degli obblighi di legge in materia di privacy, delle istruzioni ricevute, delle policy, dei regolamenti, dei codici di condotta adottati, e delle procedure approvate dalla Fondazione.

#### **11.2. Norme di comportamento:**

I dipendenti ed i collaboratori della Fondazione devono:

- a) utilizzare le informazioni, le applicazioni e le apparecchiature esclusivamente per motivi di ufficio o di servizio;
- b) non prestare o cedere a terzi qualsiasi apparecchiatura informatica, senza la preventiva autorizzazione del Responsabile dei Sistemi Informatici;
- c) evitare di introdurre e/o conservare in Fondazione (in forma cartacea, informatica e mediante utilizzo di strumenti aziendali), a qualsiasi titolo e per qualsiasi ragione, documentazione e/o materiale informatico di natura riservata e di proprietà di terzi, salvo che detti materiali siano stati acquisiti con il loro espresso

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 21/37</b></p>
--	---	---

consenso, nonché applicazioni/software che non siano state preventivamente approvate dal Responsabile ICT della Fondazione;

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

È fatto divieto:


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

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

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

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

Sono fatti salvi i provvedimenti con i quali il Consiglio di Amministrazione delega:

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 22/37</b></p>
--	---	---

- a) i poteri di firma con rilevanza esterna per le operazioni ordinarie di gestione e di finanziamento presso i conti correnti bancari e postali, conti anticipo fatture, cessioni di credito pro-solvendo e pro-soluto inerenti operazioni di factoring.
- b) Il potere di subdelegare le operazioni di versamento (c.d. "deleghe di cassa").
- c) Il potere di subdelegare i poteri di firma con rilevanza esterna per le operazioni di pagamento fornitori e ritenute (bonifici, RIBA, F24)
- d) i poteri di firma con rilevanza esterna, per il pagamento degli stipendi e contributi.

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

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

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

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

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

### **12.1. Incassi, pagamenti e presidi antiriciclaggio e anticorruzione**

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

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


Tutti gli incassi, pagamenti e le transazioni finanziarie devono essere effettuati tramite intermediari autorizzati, in modo che ne sia garantita la tracciabilità sulla base di idonea documentazione. I vertici, in deroga a quanto sopra, possono definire gli importi massimi e le condizioni per le quali sono ammessi pagamenti in contanti nel rispetto e nei limiti definiti dalle normative vigenti, con particolare riferimento al d. lgs. 231/07 e s.m.

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

Non sono ammessi pagamenti con assegni liberi.

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

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 23/37</b></p>
--	---	---

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

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

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

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

## **12.2. Rapporti di fornitura**

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

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


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

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

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

- Economicità e qualità:
  - Conciliazione prezzo e qualità
  - Selezione tra più fornitori
  - Alternanza dei fornitori
- Trasparenza e documentabilità delle procedure di selezione dei fornitori:
  - Albo dei fornitori
  - Documentabilità della fase di istruttoria



 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 24/37</b></p>
--	---	---

- Motivazione delle eccezioni
- Professionalità e affidabilità: identificazione dei requisiti di qualificazione dei fornitori
- Segregazione dei compiti:
  - Istruttoria
  - firma dell'ordine/contratto
  - Contabilizzazione
  - Controllo e benessere al pagamento
  - pagamento

Le procedure devono basarsi sui seguenti principi:

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

Viene considerata quale parte integrante del Modello organizzativo la procedura operativa P006 – procedura acquisti

### **12.3. La qualificazione di clienti e partner**

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

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

Devono essere acquisite tutte le informazioni accessibili relative ai clienti e partner, da utilizzare, oltre che per la normale valutazione di tipo commerciale, anche per la verifica di possibili rapporti con soggetti ed attività riconducibili ad organizzazioni criminali.

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

I rapporti con i clienti e partner devono essere immediatamente sospesi qualora risultino evidenze certe di infiltrazione criminale e devono essere posti ad opportuna rivalutazione, con eventuale motivata conferma, laddove sussistano concreti elementi di rischio quali, in assenza di giustificazioni economiche o imprenditoriali di:


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

### **12.4. Misure di prevenzione anticriminalità**

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

Nel caso di attentati ai beni dell'ente o di minacce è fatto obbligo a tutti coloro che operano per l'ente, a qualsiasi titolo e livello, di informare immediatamente le autorità di pubblica sicurezza, fornendo senza reticenza e con pieno



 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 25/37</b></p>
--	---	---


spirito di collaborazione, tutte le informazioni e notizie possedute, non solo in relazione agli eventi lesivi specifici, ma anche in ordine ad eventuali antefatti e circostanze rilevanti ai fini delle indagini.

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

#### **12.5. Clausole contrattuali standard nei rapporti con fornitori e collaboratori**

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

- a) obbligo del pieno rispetto dei Decreti Legislativi 8 giugno 2001, n. 231, 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche ed integrazioni
- b) obbligo di verificare periodicamente il sito [www.operasancamillo.net](http://www.operasancamillo.net) al fine di conoscere gli eventuali aggiornamenti dei regolamenti sopra richiamati.
- c) obbligo a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE presso l'indirizzo email [odv@camilliani.net](mailto:odv@camilliani.net) ogni e qualsiasi comportamento scorretto di cui dovesse venire a conoscenza, anche se attuato da personale o soggetti che agiscono in nome o per conto della FONDAZIONE.
- d) obbligo, nella esecuzione della propria prestazione a favore della Fondazione, a non dare o promettere a pubblici ufficiali o ad incaricati di un pubblico servizio, denaro o altre utilità per ottenere atti contrari al dovere d'ufficio, ovvero atti d'ufficio, ovvero preferenze o facilitazioni di sorta, anche se ciò dovesse essere nell'interesse o a vantaggio della FONDAZIONE. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale violazione dell'obbligo in oggetto di cui dovesse venire a conoscenza.
- e) obbligo, nella esecuzione della propria prestazione a favore della Fondazione, ad assumere ed utilizzare esclusivamente personale in regola con la vigente norma in materia di immigrazione. Chiunque venisse a conoscenza di violazioni di tale obbligo è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE.
- f) obbligo di assicurare ai propri dipendenti e collaboratori il regolare trattamento retributivo/economico, secondo il proprio ccnl di riferimento e/o le norme di riferimento, nonché il puntuale versamento contributivo ed assicurativo previsto dalle vigenti normative.
- g) obbligo di rispettare le norme in materia di sicurezza sul lavoro ai sensi del d. lgs. 81/08
- h) obbligo a non rilasciare a Pubbliche Autorità, dichiarazioni false, mendaci, non veritiere, inesatte, ovvero rifiutarsi di rilasciare dichiarazioni e di obbligarsi a collaborare attivamente e lealmente con le Pubbliche Autorità rilasciando le dichiarazioni da queste eventualmente richieste. Tale obbligo sussiste anche se tali dichiarazioni dovessero essere contrarie ad interessi della FONDAZIONE nel caso in cui il FORNITORE sia tenuto a rilasciare tali dichiarazioni in forza di norme imperative. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale richiesta o pressione in violazione di quanto sopra dovesse ricevere da soggetti che operano per conto od in nome della FONDAZIONE.
- i) obbligo di non dare o promettere denaro o altre utilità non dovute, anche per interposta persona, a sindaci, ad amministratori, direttori, dirigente della FONDAZIONE - o altro personale sottoposto alla direzione e controllo di questi -, al fine di indurli a compiere od omettere atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento alla FONDAZIONE. Parimenti il FORNITORE si obbliga a non accettare o corrispondere, anche per interposta persona, denaro o altre utilità, non dovute, a favore di propri sindaci, amministratori, dirigenti - o altro personale sottoposto alla direzione e controllo di questi - al fine di indurli a compiere od omettere atti, in violazione degli obblighi inerenti al loro ufficio o degli obblighi di fedeltà, cagionando nocumento al FORNITORE stesso. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della FONDAZIONE ogni eventuale violazione dell'obbligo in oggetto di cui dovesse venire a conoscenza in ragione della propria opera.
- j) obbligo allo scrupoloso rispetto dei principi a tutela del diritto d'autore, con particolare riferimento all'uso di software e banche dati regolarmente licenziate e nei limiti e termini delle suddette licenze. In nessuno caso potranno essere installati sui sistemi della Fondazione software privi di licenza od in violazione a questa. Il FORNITORE si obbliga a segnalare tempestivamente all'Organismo di Vigilanza della Fondazione ogni eventuale caso di violazione del diritto d'autore di cui dovesse venire a conoscenza in esecuzione del proprio

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 26/37</b></p>
--	---	---

incarico, come pure a segnalare eventuali richieste che dovessero pervenirgli da parte di soggetti che operano per conto od in nome della Fondazione.

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

Tra le informative previste a favore dell'OdV è prevista quella relativa agli incarichi conferiti, o che si intende conferire,

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 27/37</b></p>
--	---	---

alla società di revisione diversi da quello concernente la certificazione del bilancio;

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

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

#### **14. PROCESSO DI GESTIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO**

##### **14.1. SCOPO, E AMBITO DI APPLICAZIONE OWNER DEL PROCESSO**

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

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

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

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

La responsabilità del processo spetta al Consiglio di amministrazione.

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

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

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

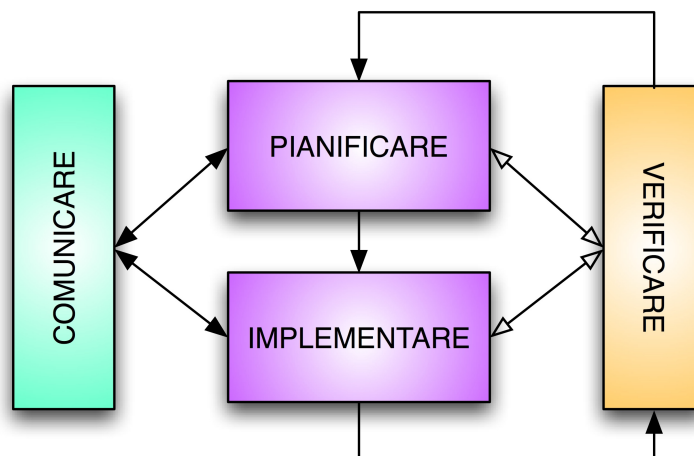


#### 14.2. CICLICITA'

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

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

SCHEMA PROCESSO 231



Il processo è caratterizzato dalle due fasi centrali.

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

Nella fase di pianificazione:


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

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

La verifica si sviluppa secondo due diversi aspetti:

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

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 29/37</b></p>
--	---	---

### **14.3. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE**

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

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

#### **14.3.1. IDONEITA'**

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

#### **14.3.2. MODALITA'**

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

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

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

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

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

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

#### **14.3.3. CONTENUTO**

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

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


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

#### **14.3.4. ATTUAZIONE**

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

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

Il monitoraggio deve essere eseguito a cura di colui che ha il compito di condurre il processo 231, a tal fine,

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 30/37</b></p>
--	---	---

preliminarmente alla implementazione deve essere sviluppato un piano di implementazione ove siano chiaramente definiti i tempi, gli obiettivi di attuazione (milestone) e la metrica da adottare. Ove il Consiglio di amministrazione abbia delegato un soggetto per l'implementazione:

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

#### 14.3.5. ADOZIONE

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

#### 14.3.6. REVISIONE

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

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

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

#### 14.4. LA DOCUMENTAZIONE 231

La documentazione relativa al processo 231 comprende:

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

I documenti possono essere in formato cartaceo od elettronico.


La produzione dei documenti è finalizzata:

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

TABELLA DOCUMENTI 231

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

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

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 31/37</b></p>
--	---	---

e necessità operative.

#### **14.5. INFORMAZIONI**

Un piano di comunicazione deve essere sviluppato al fine di:

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

#### **14.6. FORMAZIONE**

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

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

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

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


#### **15. REVISIONI**

Questa è la **Revisione 7** del Regolamento Generale di Policy 231, approvata dal Consiglio di Amministrazione il **14 dicembre 2022**

#### **16. ALLEGATI**

- **All. 1) Regolamento Whistleblowing**



 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 32/37</b></p>
--	---	---

## ALLEGATO 1 – REGOLAMENTO WHISTLEBLOWING

### 1. Finalità del regolamento

L'istituto del Whistleblowing consiste nella possibilità di segnalare illeciti e condotte irregolari potenzialmente lesivi dell'integrità dell'organizzazione.

Il presente Regolamento ha come scopo quello di disciplinare la procedura di gestione delle segnalazioni di illeciti nell'ambito della Fondazione Opera San Camillo e di rendere note le modalità con cui l'Ente garantisce le tutele del segnalante ai sensi dell'art. 6 comma 2-bis del d. lgs. 231/01 e del D. lgs. 24/2023.

Ai sensi dell'art. 5, co. 1, lett. e) del d.lgs. 24/2023, il presente Regolamento fornisce informazioni sul canale, sulle procedure e sui presupposti per effettuare le segnalazioni interne ed esterne.

Affinché possa essere garantita adeguata visibilità nei luoghi di lavoro ed accessibilità il Regolamento è pubblicato sia nel "portale del dipendente" che nella sezione "Trasparenza, Compliance e Segnalazioni" del sito della Fondazione.

### 2. Definizioni

Ai fini del presente Regolamento, si intende per:

- "segnalazione di illeciti", la comunicazione, scritta od orale, avente ad oggetto le informazioni sulle violazioni come indicate dal d.lgs. n. 24/2023, presentata tramite il canale interno o tramite denuncia all'autorità giudiziaria, ovvero mediante divulgazione pubblica;
- "ritorsioni", qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, interna o esterna, 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 o ha effettuato una divulgazione, in via diretta o indiretta, un danno ingiustificato;
- "whistleblower" o "segnalante", la persona fisica che effettua la segnalazione di illeciti tramite canale interno, denuncia, divulgazione pubblica ovvero che effettua la segnalazione esterna;
- "facilitatore", la persona fisica che assiste una persona segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- "**Responsabile per la gestione delle segnalazioni**" o "Responsabile", la persona o l'Ufficio cui è affidata la gestione del canale di segnalazione interno nell'ambito dei soggetti del settore pubblico e privato.

### 3. Persone che possono segnalare l'illecito

Oltre ai dipendenti subordinati possono effettuare segnalazioni anche i lavoratori autonomi, gli amministratori, i membri degli organi di controllo, i collaboratori esterni, i tirocinanti retribuiti e non, tutti i soggetti che lavorano sotto la supervisione e direzione di appaltatori, sub-appaltatori e fornitori.

### 4. Oggetto e requisiti delle segnalazioni

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

Oggetto delle segnalazioni sono le casistiche previste dall'art. l'art. 2 del D. lgs. 24/2023; a puro titolo di esempio possono riguardare:

- La commissione di reati presupposto del d. lgs. 231/01 inerente alla Responsabilità amministrativa dell'Ente
- Le violazioni del Modello Organizzativo 231/01, del Codice etico e del Regolamento Generale Policy 231
- le violazioni che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea con riferimento a specifici settori laddove applicabili nell'ambito della Fondazione inerenti: appalti pubblici, servizi finanziari, sicurezza dei prodotti e dei trasporti, ambiente, alimenti, salute pubblica, protezione dei consumatori, protezione dei dati, sicurezza delle reti e dei sistemi informatici, concorrenza;
- le violazioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione;
- casi di Corruzione o istigazione alla corruzione
- atti di Violenza ad ospiti o pazienti
- casi di furto e appropriazione indebita





- casi di comportamenti violenti o molesti a danno di pazienti, ospiti, colleghi, visitatori, collaboratori
- violazioni delle procedure di acquisto
- violazioni delle procedure di selezione e assunzione del personale
- casi di conflitti di interesse
- Violazione dell'obbligo di riservatezza e/o del segreto professionale
- Violazione delle norme antinfortunistiche, inerenti alla sicurezza sul lavoro
- Violazione delle norme inerenti alla sicurezza ambientale
- Violazioni contrattuali da parte di fornitori o collaboratori
- Inappropriatezza delle prestazioni sanitarie/sociosanitarie
- Inappropriato addebito di prestazioni a privati solventi, assicurazioni o SSN

L'inoltro delle segnalazioni avviene esclusivamente tramite la piattaforma denominata "Legality Whistleblowing" raggiungibile dall'Home page del sito istituzionale al link <https://fondazioneoperasancamillo.segnalazioni.net/privacy> accessibile anche dall'area "Trasparenza, Compliance e Segnalazioni" del sito internet della Fondazione, le cui funzionalità e caratteristiche sono descritte al successivo paragrafo 8.

La piattaforma permette di effettuare la segnalazione in forma scritta ovvero orale tramite registrazione; Non verranno considerate segnalazioni pervenute verbalmente né tramite canali diversi rispetto alla suddetta piattaforma.

#### **5. Tutela del segnalante e misure di protezione**

Gli enti e le persone indicate dall'art. 2 non possono subire alcuna ritorsione; a tal fine sono garantite le misure di protezione previste al Capo III del D. Lgs. 24/2023

Nell'ambito di procedimenti giudiziari o amministrativi o comunque di controversie stragiudiziali aventi ad oggetto l'accertamento di comportamenti, atti o omissioni vietati ai sensi del presente articolo nei confronti delle persone di cui art. 2, si presume che gli stessi siano stati posti in essere a causa della segnalazione, della divulgazione pubblica o della denuncia all'autorità giudiziaria; l'onere di provare che tali condotte o atti sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla divulgazione pubblica o alla denuncia è a carico di colui che li ha posti in essere.

In caso di domanda risarcitoria presentata all'autorità giudiziaria dalle persone indicate dall'art. 2, se tali persone dimostrano di aver effettuato, ai sensi del d.lgs. 24/2023, una segnalazione, una divulgazione pubblica o una denuncia all'autorità giudiziaria e di aver subito un danno, si presume, salvo prova contraria, che il danno sia conseguenza di tale segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

Costituiscono ritorsioni le fattispecie elencate dall'art. 17, co. 4, del d.lgs. 24/2023.

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

Sono nulli gli atti assunti in violazione dell'art. 17 del d.lgs. 24/2023.


Le persone di cui all'art. 2 che siano state licenziate a causa della segnalazione, della divulgazione pubblica o della denuncia all'autorità giudiziaria hanno diritto a essere reintegrate nel posto di lavoro, in ragione della specifica disciplina applicabile al lavoratore.

Gli enti e le persone di cui all'articolo 2 possono comunicare all'ANAC le ritorsioni che ritengono di avere subito. Il segnalante che ritiene di aver subito una discriminazione o una ritorsione può, altresì, dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile. Resta fermo ed impregiudicato la facoltà del segnalante di dare notizia dell'accaduto alle organizzazioni sindacali o all'Autorità Giudiziaria competente.

Le misure di protezione si applicano anche ai facilitatori nei casi previsti, laddove applicabili, all'art. comma 5 del d. lgs. 24/2023; in particolare si applicano anche alle persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante.

#### **6. Condizioni per la protezione della persona segnalante**

Le misure di protezione previste dal Capo III del d.lgs. 24/2023 si applicano alle persone di cui all'art. 2 ed ai facilitatori quando ricorrono le seguenti condizioni:

 <p>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 34/37</b></p>
---	---	---

- a) al momento della segnalazione o della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica, la persona segnalante o denunciante aveva fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate pubblicamente o denunciate fossero vere e rientrassero nell'ambito oggettivo di cui all'art. 3 del presente regolamento;
- b) la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata sulla base di quanto previsto dal Capo II del d.lgs. 24/2023.

I motivi che hanno indotto la persona a segnalare o denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della sua protezione.

È impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi degli artt. 368 e 595 del Codice Penale e dell'articolo 2043 del Codice Civile.

Salvo quanto previsto dall'art. 20 del D. Lgs. 24/2023, 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 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave, non sono garantite le tutele stabilite dal Capo III del d.lgs. 24/2013 e, alla persona segnalante o denunciante, è altresì irrogata una sanzione disciplinare.

Le medesime misure sono applicate anche ai casi di segnalazione o denuncia all'autorità giudiziaria o divulgazione pubblica anonime, se la persona segnalante è stata successivamente identificata e ha subito ritorsioni.

#### 7. Limitazione della responsabilità

Non è punibile l'ente o la persona di cui all'art. 2 che riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali ovvero riveli o diffonda informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta o denunciata, quando, al momento della rivelazione o diffusione, vi fossero fondati motivi per ritenere che la rivelazione o diffusione delle stesse informazioni fosse necessaria per svelare la violazione e la segnalazione e la divulgazione pubblica o la denuncia all'autorità giudiziaria è stata effettuata nel rispetto delle condizioni di cui all'art. 4.

In ogni caso, la responsabilità penale e ogni altra responsabilità, anche di natura civile o amministrativa, non è esclusa per i comportamenti, gli atti o le omissioni non collegati alla segnalazione, alla denuncia all'autorità giudiziaria o alla divulgazione pubblica o che non sono strettamente necessari a rivelare la violazione.

#### 8. Procedura informatizzata di gestione delle segnalazioni

Al fine di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione, l'Ente adotta la procedura informatica di gestione delle segnalazioni di tipo confidenziale denominata "Legality Whistleblowing", fornita da DigitalPA, disponibile all'indirizzo url [www.fondazioneoperasancamillo.segnalazioni.net/policy](http://www.fondazioneoperasancamillo.segnalazioni.net/policy)


La piattaforma adotta modalità di trattamento dei dati personali conformi ai principi e alle disposizioni del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali UE 2016/679 (GDPR).

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze esposte nella segnalazione sono affidate **Responsabile per la gestione delle segnalazioni** individuato all'interno dell'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01 (OdV) che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza, effettuando ogni attività ritenuta opportuna.

A tal fine, il Responsabile può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture aziendali e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni all'Ente.

Il sistema prevede due modalità di presentazione della segnalazione:

- **Utente Registrato:** si crea un account tramite il quale accede con username e password (a scelte del segnalante) alle segnalazioni. In questo caso l'identità del segnalante è disponibile al destinatario Responsabile, ma è separata dalla segnalazione e nascosta.
- **Utente non registrato:** si crea la segnalazione e si accede ad essa tramite i codici rilasciati dal sistema. il codice e la password vanno custoditi a cura del segnalante in quanto, in caso di smarrimento, non avrà più accesso alla segnalazione. In tal caso:

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 35/37</b></p>
--	---	---


- indicando nome e cognome, l'identità resterà nascosta ma accessibile solo al destinatario della segnalazione;
- se si preferisce restare anonimo è necessario non indicare riferimenti che potrebbero far risalire alla propria identità.
- se si allegano dei file, verificare che non contengano riferimenti alla propria identità, anche all'interno dei metadata.
- se richiesto dal Responsabile, il segnalante potrà comunicare la propria identità, successivamente, tramite l'area messaggi.

### 9. Fasi del processo di segnalazione

Il procedimento di gestione della segnalazione che si svolge secondo le seguenti fasi:

- **Invio segnalazione:**
  - il segnalante accede alla piattaforma tramite la url indicata al precedente paragrafo 4 secondo le due modalità (registrazione / non registrazione)
  - Il segnalante viene avvisato del ricevimento della segnalazione da parte del Responsabile ed ottiene un codice di pratica con il quale può loggarsi ogni volta che lo ritiene e verificare lo stato di lavorazione (non letta, letta, in lavorazione, chiusa)
  
- **Esame preliminare:**
  - Il Responsabile dà riscontro al segnalante, tramite servizio di messaggistica del portale, di ricevimento della segnalazione entro 7 giorni<sup>1</sup>
  - il Responsabile verifica la sussistenza dei presupposti e requisiti riferiti sia al segnalante che al contenuto della segnalazione indicati agli artt. 3 e 4 del presente Regolamento, necessari per accordare al segnalante le tutele di cui al paragrafo 5.
  - In caso di evidente inammissibilità, il Responsabile, sulla base di un'analisi dei fatti oggetto della segnalazione, può decidere di archiviare la richiesta. In tal caso, ne dà notizia al segnalante.
  - La segnalazione viene considerata inammissibile per: a) manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti; b) manifesta insussistenza dei presupposti di legge di fatto e di legge; c) finalità palesemente emulativa; d) accertato contenuto generico dell'esposto tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero esposto corredato da documentazione non appropriata o inconferente; e) produzione di sola documentazione in assenza dell'esposto; f) mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali dell'esposto (autore della condotta, i fatti all'origine della segnalazione, eventuali documenti che, per la natura e tipologia della segnalazione, siano indispensabili per eseguire la fase istruttoria)
  - Ove quanto indicato non sia adeguatamente circostanziato, il Responsabile può chiedere al segnalante di integrare la segnalazione con ulteriori chiarimenti, documenti e informazioni.
  
- **Istruttoria e valutazione.**
  - L'attività istruttoria si sostanzia in attività di verifica e di analisi ed è finalizzata a verificare l'effettiva sussistenza di quanto rappresentato nella segnalazione.
  - Non spetta al Responsabile accertare le responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione.
  - Al fine di istruire la segnalazione il Responsabile ha accesso a qualunque documento, sistema informativo o fonte informativa presso l'Ente.
  - ⊕ Il Responsabile, ove necessario, può convocare, anche su richiesta, il/i segnalati ovvero il segnalante, nonché coloro che possono fornire informazioni utili ai fini istruttori.

<sup>1</sup> Rif. Art. 5 comma 1) lett. a) D. Lgs. 24/2023

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 36/37</b></p>
--	---	---

- Per lo svolgimento dell'istruttoria il Responsabile può avvalersi di collaboratori dallo stesso puntualmente designati, ai quali non è consentito l'accesso all'identità del segnalante, e comunque tenuti agli stessi vincoli di riservatezza nei confronti delle persone coinvolte nella segnalazione cui è sottoposto il Responsabile. Nello specifico il Responsabile può condividere tutta o parte della segnalazione con Collaboratori (all'interno di un gruppo di lavoro) o soggetti terzi (che non fanno parte del gruppo di lavoro); il collaboratore viene avvisato dal Responsabile che mette in condivisione solo le informazioni che ritiene necessarie. Il collaboratore accede solo all'area "gruppo di lavoro" e "documenti"
- **Conclusione del procedimento.**
  - A conclusione dell'istruttoria il Responsabile valuta la fondatezza della segnalazione.
  - Qualora ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, ne dispone l'archiviazione con adeguata motivazione.
  - Qualora invece la segnalazione risulti fondata il Responsabile redige una relazione sulle attività svolte e sulle relative risultanze istruttorie, disponibile agli atti per il prosieguo della gestione procedimentale a cura dei competenti soggetti interni e/o esterni.
  - Entro il termine di tre mesi<sup>2</sup> dall'avvio della fase istruttoria, il Responsabile comunica l'esito del procedimento al segnalante e riferisce delle attività svolte al vertice amministrativo nel rispetto dei vincoli di riservatezza indicati al successivo paragrafo 10.

#### **10. Riservatezza e trattamento dei dati personali**

Conformemente ai principi stabiliti dalla Regolamento UE 2016/679, l'Ente - che si qualifica come Titolare del trattamento dei dati personali trattati nel corso del procedimento di segnalazione - ha cura di calibrare la tutela della riservatezza accordata al segnalante con quella del segnalato, al fine di proteggere entrambi i soggetti dai rischi cui in concreto sono esposti, e avendo particolare riguardo a tale aspetto nella fase di inoltro della segnalazione a terzi.

In particolare, il Responsabile - che opera in qualità di autorizzato al trattamento - ha cura di rispettare l'obbligo di riservatezza nei confronti dell'identità del segnalante, espungendone i riferimenti dalle comunicazioni a terzi e dalla documentazione eventualmente prodotta nel corso del procedimento.

La comunicazione dell'identità del segnalante può avvenire esclusivamente nelle circostanze e alle condizioni di seguito indicate:


- nell'ambito dell'eventuale procedimento disciplinare in capo al superiore gerarchico o all'autorità interna competente: qualora la contestazione sia fondata in tutto o in parte sulla segnalazione, e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del presunto autore di condotta illecita, la segnalazione sarà utilizzabile solo in presenza di consenso del segnalante - nell'ambito dell'eventuale procedimento penale l'identità del segnalante è coperta nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale;
- se nel contesto di indagini penali, l'Autorità giudiziaria chiedano al Responsabile, per esigenza istruttoria, di conoscere l'identità del Segnalante, il Responsabile procederà a fornire tale indicazione, avvertendo preventivamente il segnalante

Le autorità e gli organismi esterni all'Ente tenuti a gestire eventuali procedimenti inerenti ai medesimi fatti e comportamenti segnalati si configurano, all'atto stesso dell'apertura del fascicolo, come Titolari autonomi del trattamento dei dati personali acquisiti nel corso della procedura.

Il segnalante è informato ai sensi dell'art. 13 del GDPR circa le finalità, le basi giuridiche e le modalità di trattamento dei dati personali conferiti nel corso del procedimento, nonché delle modalità di esercizio dei diritti a lui riconosciuti ai sensi degli articoli da 15 a 22.

La riservatezza dell'identità del segnalante è garantita anche dalla possibilità di escludere l'esercizio dei diritti di cui

<sup>2</sup> Rif. Art. 5 comma 1) lett. d) D. Lgs. 24/2023

 <p><b>FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO</b></p>	<p><b>REGOLAMENTO GENERALE DI POLICY 231</b>  <b>MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE 231</b></p>	<p><b>Rev. 7.1</b>  <b>Pag. 37/37</b></p>
--	---	---

sopra, qualora – ai sensi dell’art. 2-undecies del D.lgs. 196/2003, come modificato dal D.lgs. 101/2018 - da tale esercizio possa derivare un pregiudizio effettivo e concreto per il segnalante stesso.

In tal caso l’esercizio dei diritti può essere ritardato, limitato o escluso dal Titolare, ovvero essere rivolto direttamente al Garante, secondo le modalità indicate all’art. 160 D.lgs. 196/2003. Il Garante informa l’interessato di avere eseguito tutte le verifiche necessarie o di aver svolto un riesame, nonché del diritto dell’interessato di proporre ricorso giurisdizionale.

#### **11. Segnalazioni esterne**

Il D. Lgs. 24/2023 prevede, oltre l’istituzione di canali interni, anche canali esterni di segnalazione, predisposti dall’ANAC (Autorità Nazionale anticorruzione) nel momento in cui ricorrano le seguenti condizioni:

1. non è prevista, nell’ambito del suo contesto lavorativo, l’attivazione obbligatoria del canale di segnalazione interna ovvero questo, anche se obbligatorio, non è attivo;
2. la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito o si è conclusa con un provvedimento finale negativo;
3. la persona segnalante 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;
4. la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Le segnalazioni esterne possono essere effettuate accedendo al sito [www.anticorruzione.it/-/whistleblowing](http://www.anticorruzione.it/-/whistleblowing)