



Via Tito Speri, 50  
25069 Villa Carcina  
tel. 030 881305 – fax 030 8980290 – e mail: [info@fondazionecolturi.it](mailto:info@fondazionecolturi.it)

---

---

## MANUALE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO 231

---

---

DECRETO LEGISLATIVO 231/2011 EMANATO IN DATA 08/06/2011 E SUCCESSIVE MODIFICHE

“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di responsabilità giuridica, a norma dell’art. 11 della legge 29/09/2000 nr. 300

Edizione	Revisione	Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
4	08	30.11.2022	Aggiornamento	Direzione generale	Organismo di vigilanza	Consiglio di Amministrazione

## 1. Sommario

PREMESSA.....	4
INTRODUZIONE.....	4
<b>1. Generalità.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Struttura del modello organizzativo .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Integrabilità con gli altri sistemi di gestione.....</b>	<b>5</b>
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
1.1 Scopo .....	6
1.2 Applicazione.....	6
1.3 Presentazione della Fondazione e politica .....	6
1.4 Obiettivi dell’agire della Fondazione .....	7
1.5 Riferimenti normativi .....	8
1.6 Termini , definizioni e acronimi .....	8
2. SISTEMA DI GESTIONE PER LA RESPONSABILITA’ AMMINISTRATIVA (SGRA).....	9
2.1 Requisiti generali .....	9
2.2 Pianificazione della identificazione dei possibili reati ex D.lgs 231/2001 (fase PDCA: PLAN).....	10
2.3 Definizione di rischio accettabile.....	11
2.4 Possibili reati previsti dal D. Lgs 231/2001 .....	12
2.5 Individuazione dei possibili reati derivanti dalle attività di Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus	16
3. IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE (FASE PDCA:DO).....	16
3.1 Valutazione dei rischi (riscritto completamente modificando la modalità di esposizione) .....	17
4. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE .....	25
4.1 Manuale del modello organizzativo .....	25
4.2 Procedure .....	25
4.3 Tenuta sotto controllo dei documenti e delle registrazioni .....	27
5. CONTROLLO DELLA VALIDITA’ DEL SISTEMA DI GESTIONE (Fase PDCA: Check) .....	28
5.1 Responsabilità.....	28
5.2 Documenti relativi al programma di audit interno.....	28
5.3 Attuazione e standardizzazione del sistema di gestione (Fase PDCA: ACT) .....	28
5.4 Responsabilità della Direzione.....	29
6. CODICE ETICO E RESPONSABILITA’ AMMINISTRATIVA.....	29
6.1 Funzionigramma, responsabilità ed autorità .....	29

6.2	Organismo di Vigilanza .....	31
6.3	Riservatezza .....	32
6.4	Compiti e poteri.....	32
6.5	Flussi informativi.....	33
6.6	Obblighi di informativa relativi ad atti ufficiali .....	33
	INIZIATIVA DI CONTROLLO .....	35
6.3	Strumenti di controllo e azione .....	35
7.	OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE DAL VERTICE AZIENDALE.....	35
7.1	Attività di controllo.....	36
7.2	Riesame della Direzione .....	36
8.	GESTIONE E MESSA A DISPOSIZIONE DI RISORSE UMANE PER LA GESTIONE DEL MODELLO.....	37
9.	SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO.....	37
10.	MISURAZIONE ANALISI E MIGLIORAMENTO .....	38

## PREMESSA

In data 08/06/2001 è stato emanato il decreto legislativo 231/2001 entrato in vigore il 4 luglio successivo, che ha inteso adeguare la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche ad alcune convenzioni internazionali alle quali l'Italia da tempo ha aderito, quali la convenzione di Bruxelles del 26/07/1995 sulla tutela degli interessi finanziari della Comunità Europea, la convenzione del 26/05/1997 anch'essa firmata a Bruxelles, sulla lotta alla corruzione e la convenzione OCSE del 17/12/1997 sulla corruzione dei pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche internazionali. Il decreto ha introdotto per la prima volta in Italia la responsabilità in sede penale degli enti per alcuni reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi dalle persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché di persone che esercitano, anche di fatto, la gestione o il controllo dello stesso, e infine, da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti sopra indicati.

Tale responsabilità dell'ente si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto.

La parte innovativa del decreto in esame è rappresentata dalla previsione della responsabilità amministrativa della persona giuridica in dipendenza della commissione di un fatto di reato. Con l'entrata in vigore della normativa le società non possono più dirsi estranee alle conseguenze dirette dei reati commessi da singole persone fisiche nell'interesse o a vantaggio della società stessa. Il sistema sanzionatorio previsto dal decreto legislativo 231/2001 è particolarmente severo: infatti oltre alle sanzioni pecuniarie vi sono quelle di sospensione e di interdizione parziale o totale delle attività di impresa che possono avere effetti permanenti per le società che ne siano oggetto.

Tuttavia di fronte a questo scenario, l'art. 6 del decreto in questione contempla l'esonero della società da responsabilità se questa dimostra, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, di aver adottato modelli organizzativi idonei a prevenire la realizzazione dei reati stessi. Tale esonero passa, ovviamente, attraverso il giudizio di idoneità del sistema interno di organizzazione e controllo, che il giudice penale è chiamato a formulare in occasione del procedimento penale relativo all'accertamento di un fatto di reato di quelli specificatamente previsti dal decreto 231/2001 e successive modifiche.

## INTRODUZIONE

### Generalità

Nell'ottica di esimere l'ente dalla responsabilità amministrativa Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus ha provveduto ad effettuare un'analisi del contesto aziendale per evidenziare le aree e le modalità con le quali si possono realizzare i reati previsti dal decreto legislativo 231/2001 al fine di elaborare un modello organizzativo coerente con la specifica attività della Fondazione conformemente a quanto previsto dal decreto.

Si rileva comunque che i modelli organizzativi previsti dal decreto non costituiscono un "quid novi" poiché l'attività svolta dalla Fondazione è caratterizzata da un proprio sistema di controllo basato sull'implementazione di un sistema di qualità e controllo in accordo alle norme UNI EN ISO 9001 di cui il modello organizzativo è parte integrante.

Ulteriormente la Fondazione ha adottato i seguenti codici di autoregolamentazione

- manuale per la protezione dei dati personali in conformità al D lgs 196/2003
- manuale per la valutazione dei rischi in ambito lavorativo ai sensi del TU 81/2008

Per la Fondazione si è trattato quindi di effettuare un riscontro delle strutture organizzative interne già attive e operanti per verificarne la rispondenza, anche formale, al dettato del D. lgs 231/2001 e integrare il modello organizzativo 231 nel sistema di gestione della qualità.

## Struttura del modello organizzativo

Il modello organizzativo della Fondazione si concretizza in un articolato sistema di principi e procedure che si può descrivere sinteticamente come segue:

- *codice Etico*  
in esso sono rappresentati i principi generali (trasparenza, correttezza, lealtà) cui si ispira lo svolgimento e la conduzione dell'attività dell'ente;
- *sistema di controllo interno*  
è l'insieme degli strumenti volti a fornire una ragionevole garanzia in ordine al raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia operativa, affidabilità delle informazioni finanziarie e gestionali, rispetto delle leggi e dei regolamenti, nonché salvaguardia del patrimonio sociale anche contro possibili frodi.  
Il sistema di controllo interno si fonda e si qualifica su alcuni principi generali, appositamente definiti nel modello organizzativo il cui campo applicativo si estende trasversalmente a tutte le diverse funzioni della Fondazione
- *attività di controllo interno*  
sono state elaborate per tutti i processi operativi a rischio. Tali attività presentano una struttura che si sostanzia in un complesso di regole volte ad individuare le principali fasi di ogni processo, i reati che possono essere commessi in relazione ai singoli processi, le specifiche attività di controllo per prevenire i correlativi rischi di commissione reato, nonché appositi flussi informativi verso l'organismo di vigilanza al fine di evidenziare situazioni di eventuale inosservanza delle procedure stabilite nei modelli di organizzazione. Gli schemi di controllo interni sono stati elaborati alla luce di tre regole:
  - a) la separazione dei ruoli nello svolgimento delle attività inerente ai processi
  - b) la c.d. tracciabilità delle scelte, cioè la costante visibilità delle stesse, per consentire l'individuazione dei precisi punti di responsabilità e la motivazione delle scelte stesse
  - c) l'oggettivizzazione dei processi decisionali nel senso di prevedere che, nell'assumere decisioni, si prescinda da valutazioni meramente soggettive, facendo invece riferimento a criteri precostituiti.

Il modello organizzativo si completa con l'istituzione di un organismo di vigilanza che come previsto dall'art 6 del D. lgs 231/2001 è dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, al fine di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del modello organizzativo stesso curandone altresì il costante aggiornamento.

Tale profilo è ulteriore condizione per l'applicazione dell'*esimente* prevista dalla norma.

## Integrabilità con gli altri sistemi di gestione

Per rendere il modello organizzativo formalmente e sostanzialmente simile al proprio sistema di gestione della qualità Fondazione Colturi Villa dei Pini onlus ha scelto di applicare l'approccio per processi e la metodologia PDCA (Plan – Do – Check – Act).

Il Modello risulta pertanto parte integrante del sistema di gestione della qualità.

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente manuale “MMO” 231 descrive la struttura del modello di controllo con cui Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus intende attuare e tenere sotto controllo le proprie attività al fine di prevenire la realizzazione dei reati secondo quanto previsto dal d.lgs 231/2001

### 1.1 Scopo

Scopo del presente manuale è definire il modello 231 aziendale:

- definendo un sistema organizzativo chiaro e formalizzato
- assegnando dei poteri (autorizzazioni e firme) coerenti con le responsabilità gestionali della Fondazione
- stabilendo delle procedure per la registrazione, l'autorizzazione e la verifica di ogni operazione ritenuta critica
- istituendo un organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo
- definendo le procedure di comunicazione al personale e formando lo stesso sulle caratteristiche del modello e sulle responsabilità di ognuno per la sua corretta applicazione.

Il modello organizzativo 231 è parte integrante del sistema di gestione della qualità aziendale.

### 1.2 Applicazione

Il modello organizzativo 231 si applica a tutti i settori di attività ed a tutti i processi aziendali che presentano potenzialmente dei fattori di rischio in relazione alla realizzazione dei reati previsti dal D.lgs 231/2001.

### 1.3 Presentazione della Fondazione e politica

Competenza, professionalità ed esperienza sono gli elementi distintivi della Fondazione.

Il nostro obiettivo è creare costantemente valore aggiunto per i nostri clienti.

Il coinvolgimento del personale, la sua sensibilizzazione, l'aggiornamento e la formazione continua sono presupposti indispensabili per la realizzazione del nostro obiettivo.

La norma UNI ISO 9001 correttamente applicata permette il controllo dei processi di lavorazione e monitorare il grado di soddisfazione dei propri clienti nonché di misurare l'efficacia degli interventi e degli aspetti di relazione identificando le aree ed i processi che debbono essere costantemente migliorati.

La politica della qualità è applicata ai servizi socio sanitari assistenziali erogati dalla Fondazione ed il modello organizzativo si inserisce in tale contesto per il controllo delle attività finalizzato alla prevenzione dei reati previsti dal D. lgs 231/2001. In tale contesto è inserito ed aggiornato il Codice Etico di comportamento nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza, correttezza e lealtà cui si ispirano lo svolgimento e la conduzione delle attività.

La politica per la qualità è condivisa con tutto il personale.

L'operatività, sia del sistema qualità che del modello organizzativo, si sviluppa secondo le seguenti direttive:

- Elaborazione dei modelli e degli assetti organizzativi
- Analisi e progettazione dei processi
- Sistema gestione qualità ISO 9001:2015
- Sicurezza TU 81/2008
- Gestione della privacy
- Responsabilità sociale
- Codice etico
- Responsabilità amministrativa (231)
- Sicurezza alimentare
- Formazione
- Definizione ed elaborazione della mission
- Sistemi decisionali e controllo di gestione

La Fondazione è impegnata a:

- Promuovere la formazione continua dei collaboratori
- Diffondere la politica a tutti i livelli e a tutte le parti interessate
- Essere al fianco del cliente
- Diffondere la cultura del benessere

La Fondazione crede che il sistema di gestione per la qualità porti valore aggiunto all'azienda creando l'interfaccia con strumenti di controllo di gestione e risk management che permettano di attribuire valori economici a tutti i dati aziendali. I dati raccolti con sistematicità attraverso gli strumenti del SGQ permettono di definire scelte strategiche al fine di:

- Garantire un miglioramento continuo del SGQ
- Garantire la soddisfazione del cliente interno ed esterno
- Valorizzare le segnalazioni del cliente per una attenta analisi e precisa soluzione dei reclami e/o delle difformità
- Conseguire una crescita etica
- Conseguire e valorizzare la responsabilità sociale propria della mission della Fondazione

La corretta gestione del sistema di valutazione dei rischi lavorativi è finalizzata a prevenire gli incidenti sul lavoro consentendo di lavorare in condizioni migliori al fine di facilitare l'erogazione del servizio e contenere altresì le condizioni di stress e burn out tipiche del campo socio sanitario.

In particolare l'impegno è rivolto a:

- Rispettare le normative vigenti in tema di salute e sicurezza dei lavoratori
- Effettuare la sorveglianza periodica dei lavoratori esposti a rischio
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

#### ***1.4 Obiettivi dell'agire della Fondazione***

Organizzazione: definizione delle responsabilità

- Separazione dei ruoli nello svolgimento delle attività aziendali
- Tracciabilità documentata delle decisioni in modo da poter risalire ad eventuali responsabilità individuali
- Definizione delle procedure per la registrazione, l'autorizzazione e la verifica di ogni operazione definita critica
- Istituzione dell'organismo di vigilanza dotato di poteri autonomi di decisione e di controllo

Formativi:

- Formazione ed informazione continua del personale per promuovere la conoscenza della normativa ed i contenuti del modello organizzativo 231 in modo che tutti i dipendenti e collaboratori siano consapevoli e comprendano gli aspetti dei reati ed i rischi in relazione alla realizzazione di reato previsti dal decreto 231
- Divulgazione del codice etico nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza correttezza e legalità che devono essere alla base dell'attività lavorativa

Comportamentali

- Tutte le azioni e negoziazioni compiute dal personale della Fondazione nello svolgimento delle attività lavorative devono essere ispirate alla massima lealtà, trasparenza, correttezza e professionalità.
- In particolare sono interdetti tutti i comportamenti pregiudizievoli al raggiungimento degli obiettivi indicati dal D. lgs 231
- Il comportamento corretto è caratterizzato dall'osservanza di quanto stabilito nel modello organizzativo 231 e nell'ottemperamento dei valori contenuti nel Codice Etico

### 1.5 Riferimenti normativi

Titolo	Descrizione
Decreto legislativo 231/2001	Disciplina delle responsabilità amministrativa delle persone giuridiche delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica
Linee guida CONFINDUSTRIA	Linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione gestione e controllo ex Dlgs 231/2001 emanate da Confindustria
D. lgs 81/2008	Testo unico sicurezza nei luoghi di lavoro
UNI EN ISO 9001:2008	Sistemi di gestione per la qualità: requisiti
D. lgs 196/2003	Testo unico privacy
Linee Guida Regione Lombardia	Linee guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere
DGR 2569/2014 Regione Lombardia	Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie
DGR 1046/2018 Regione Lombardia	Regole 209 per la gestione del servizio socio sanitario regionale
DGR 2672/2019 Regione Lombardia	Regole 2020 per la gestione del servizio socio sanitario regionale

### 1.6 Termini, definizioni e acronimi

Termine	Definizione
Analisi dei rischi	Attività d'analisi specifica della singola organizzazione finalizzata a rilevare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati
Audit di sistema di gestione	Processo di verifica sistematico, indipendente e documentato, realizzato al fine di ottenere evidenze oggettive su registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni necessarie a determinare se il sistema di gestione è conforme alle politiche procedure o requisiti del sistema di gestione adottato dall'organizzazione
Codice etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti di terzi interessati quali: dipendenti, clienti, fornitori, ecc.. finalizzati a promuovere, raccomandare o vietare determinati comportamenti indipendentemente da quanto previsto a livello normativo
Direzione	Direttore generale
Modello organizzativo (MO)	Insieme delle strutture, delle responsabilità, delle modalità di espletamento delle attività e dei protocolli o procedure adottati ed attuati tramite i quali si espletano le attività caratteristiche dell'organizzazione
Organo di vigilanza e controllo (ODV)	Organismo di vigilanza previsto dall'art. 6 del D lgs 231/2001 cui è attribuito il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del modello e di curarne l'aggiornamento



Politica per la prevenzione dei reati	Obbiettivi ed indirizzi generali di una organizzazione per quanto riguarda la prevenzione dei reati espressa in modo formale dalla direzione
Rischio	Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del D. lgs 231 e s.m.i
Rischio accettabile	Rischio che può essere ridotto ad un livello che può essere tollerabile per l'organizzazione con i riferimenti agli obblighi di legge ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente
Sistema disciplinare e sanzionatorio	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2) lettera e) del D.lgs 231/2001
Fondazione	Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus
Soggetti in posizione apicale	I soggetti di cui all'art. 5 lettera a) del D. lgs 231/2001
Soggetti sottoposti ad altrui direzione	I soggetti di cui all'art 5 lettera b) del D. lgs 231/2001
Stakeholder	Persone fisiche, giuridiche che intrattengono rapporti con la Fondazione a qualunque titolo
SGRA	Acronimo che identifica il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa
PDCA	Plan – Do – Check - Act
RMO	Responsabile modello organizzativo
PA	Pubblica amministrazione
PNA	Piano nazionale anticorruzione

## 2. SISTEMA DI GESTIONE PER LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA (SGRA)

### 2.1 Requisiti generali

L'analisi effettuata ha portato alla identificazione delle attività che costituiscono le 4 fasi della metodologia PDCA

#### PLAN

1. Identificare i processi tramite i quali l'organizzazione svolge la sua attività
2. Stabilire la sequenza e l'interazione tra i processi
3. Definire tracciabilità e trasparenza di ogni attività
4. Identificare i processi e le attività sensibili intesi quali processi/attività nel cui ambito possono essere commessi reati/illeciti ex D. lgs 231/2001
5. Valutare per ogni processo le attività a potenziale pericolo di reato/illecito nell'interesse e o a vantaggio dell'organizzazione ed il livello di rischio di commissione di tali reati in base ai criteri ed alle metodologie di gestione in essere
6. Predisporre le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati e l'ottimizzazione del SGRA

#### DO

1. Redigere l'analisi dei rischi
2. Garantire tracciabilità e trasparenza di qualsiasi attività
3. Definire le procedure di controllo interno

4. Formalizzare in un codice etico i principi di autoregolazione dell'organizzazione al suo interno e nei rapporti con terzi
5. Adottare diffondere e dare concreta attuazione al codice etico di cui al punto precedente
6. Definire idonei mansionari che prevedano modalità di conferimento e revoca delle responsabilità deleghe e procure, facoltà e compiti nonché attribuzione di specifiche mansioni
7. Eseguire corsi di formazione, informazione e comunicazione
8. Assicurare l'adeguata disponibilità di risorse
9. Creare l'organismo di vigilanza

#### **CHECK**

1. Affidare all'organismo di vigilanza il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del SGRA e di verificarne il costante aggiornamento ed adeguamento sulla base dell'evoluzione della legislazione oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa
2. Implementazione del programma di audit interni per verificare che le azioni pianificate ed implementate sono atte a prevenire la commissione di reati ed in caso negativo reiterazione del processo PDCA

#### **ACT**

1. Standardizzare le azioni pianificate implementate e controllate
2. Aggiornare il SGRA con l'evoluzione legislativa, con i risultati dell'analisi dei rischi e con l'attività dell'organizzazione
3. Attuazione del sistema disciplinare e sanzionatorio

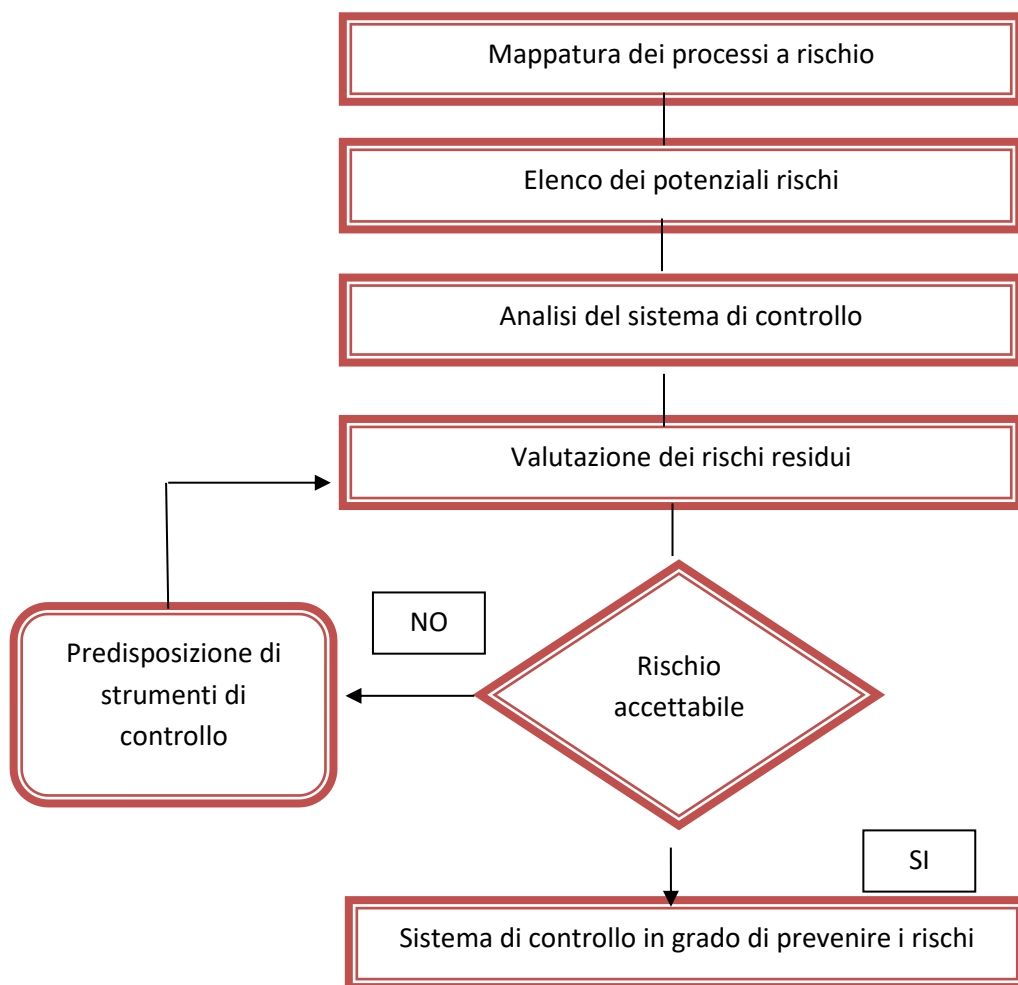
Il passaggio da una fase PDCA alla successiva è formalizzato con una riunione in azienda presieduta dalla Direzione cui partecipano le funzioni dell'organizzazione.

Qualora si constati la necessità di adeguamento alle azioni intraprese al fine di prevenire i reati è necessario promuovere la reiterazione del ciclo PDCA

### ***2.2 Pianificazione della identificazione dei possibili reati ex D.lgs 231/2001 (fase PDCA: PLAN)***

Il D. lgs 231/2001 all'art. 6 comma 2 indica le caratteristiche essenziali per la costruzione di un modello di organizzazione, gestione e controllo. In particolare la lettera a) della citata disposizione si riferisce espressamente ad un tipico sistema di gestione dei rischi (risk management)

Nel diagramma di flusso che segue sono rappresentate le attività di valutazione dei rischi adottate dalla Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus. Attraverso la valutazione della situazione aziendale in relazione ai possibili reati, sono stati definiti i rischi ed è stata determinata di conseguenza la necessità di predisposizione di strumenti di controllo aggiuntici rispetto a quelli già presenti in azienda.



Il responsabile del modello organizzativo (RMO) procede alla analisi dettagliata dei rischi connessi alle diverse fasi dei processi aziendali verificando ed individuando le aree che risultano interessare dalle potenziali casistiche di reato.

Successivamente vengono evidenziate le tipologie di reato connesse alle specifiche attività individuando le risorse che, potendo essere coinvolte nella gestione del rischio, devono essere oggetto del sistema di controllo pianificato.

Per ogni tipologia di reato/attività viene assegnato un valore di accettabilità del rischio in base al livello di efficacia del sistema di controllo messo in atto per la gestione della specifica attività.

Per la tipologia di reati quali la violazione delle norme di sicurezza sul lavoro quasi tutte le attività dell'azienda sono considerate a rischio

L'applicazione della presente procedura di identificazione e valutazione dei rischi è necessaria durante le seguenti fasi:

- Durante la fase di implementazione del modello organizzativo 231, in conformità al dispositivo di legge
- Ad ogni riesame del sistema
- Ogni qualvolta avvenga una variazione di processo, di prodotto o del contesto nel quale la Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus opera.

### ***2.3 Definizione di rischio accettabile***

Riguardo al sistema di controllo preventivo da costruire in relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato previste dal decreto la soglia concettuale di accettabilità nei casi di reati dolosi è rappresentata da:

- **Un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato SE NON FRAUDOLENTEMENTE**

Questa soluzione è in linea con la logica della “elusione fraudolenta” del modello organizzativo quale “esimente” espressa dal citato decreto ai fini dell’esclusione della responsabilità amministrativa dell’ente (art. 6 c. 1 lettera c) “le persone che hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione”.

Diversamente nei casi di omicidio colposo e lesioni personali colpose commesse in violazione delle norme in materia di sicurezza e salute sul lavoro, la soglia concettuale di accettabilità, agli effetti esimenti del decreto 231/2001 è rappresentata da una condotta (non accompagnata dalla volontà dell’evento morte/lesione personale) violativa del modello organizzativo di prevenzione (e dei sottostanti adempimenti obbligatori prescritti dalle norme prevenzionistiche) nonostante la puntuale osservanza degli obblighi di vigilanza previsti dal D. lgs 231/01 da parte dell’apposito organismo. Ciò in quanto l’elusione fraudolenta dei modelli organizzativi appare incompatibile con l’elemento soggettivo dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose di cui agli artt 589 e 590 del codice penale.

**2.4 Possibili reati previsti dal D. Lgs 231/2001**

I reati presupposto previsti dal D. lgs 231/2001 e da altre normative ad esso collegate sono di seguito sinteticamente elencati.

Art. 24

Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico.

Art. 24-bis

Delitti informatici e trattamento illecito di dati

Art. 25

Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione art. 24-ter Delitti di criminalità organizzata

Art. 25-bis

Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento

Art. 25-bis.1

Delitti contro l’industria e il commercio

Art. 25-ter

Reati societari

Art. 25-quater

Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell’ordine democratico

Art. 25-quater.1

Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili

Art. 25-quinquies

Delitti contro la personalità individuale

Art. 25-sexies

Abusi di mercato

Art. 25-septies

Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro

Art. 25-octies

Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio

Art. 25-novies

Delitti in materia di violazione del diritto d’autore

Art. 25-decies

Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria  
Art. 25-undecies  
Reati ambientali  
Art. 25-duodecies.  
Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare  
Art. 25-terdecies  
Razzismo e xenofobia  
Art. 25-quaterdecies  
Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati  
Art. 25-quinquiesdecies  
Reati tributari  
Art. 25 – sexiesdecies  
Contrabbando

***In particolare l'analisi dei rischi e il Modello si sono adeguati nel tempo alle seguenti norme:***

Il DECRETO-LEGGE 25 settembre 2001, n. 350 (in G.U. 26/09/2001, n.224) , convertito con modificazioni dalla L. 23 novembre 2001, n. 409 (in G.U. 24/11/2001, n. 274) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-bis.

Il DECRETO LEGISLATIVO 11 aprile 2002, n. 61 (in G.U. 15/04/2002, n.88) ha disposto (con l'art. 3, comma 2) l'introduzione dell'art. 25-ter.

Il DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 30 maggio 2002, n. 115 (in SO n.126, relativo alla G.U. 15/06/2002, n.139) ha disposto (con l'art. 299) l'abrogazione dell'art. 75.

La LEGGE 14 gennaio 2003, n. 7 (in G.U. 27/01/2003, n.21) ha disposto (con l'art. 3, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-quater.

Il DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 novembre 2002, n. 313 (in SO n.22, relativo alla G.U. 13/02/2003, n.36) ha disposto (con l'art. 52) l'abrogazione dell'art. 80.

Il DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 novembre 2002, n. 313 (in SO n.22, relativo alla G.U. 13/02/2003, n.36) ha disposto (con l'art. 52) l'abrogazione dell'art. 81.

Il DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 novembre 2002, n. 313 (in SO n.22, relativo alla G.U. 13/02/2003, n.36) ha disposto (con l'art. 52) l'abrogazione dell'art. 85.

Il DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 novembre 2002, n. 313 (in SO n.22, relativo alla G.U. 13/02/2003, n.36) ha disposto (con l'art. 52) l'abrogazione della lettera b) del comma 1 dell'art. 85.

Il DECRETO 26 giugno 2003, n. 201 (in G.U. 04/08/2003, n.179) ha disposto (con l'art. 8, comma 1) la modifica dell'art. 6, comma 3.

La LEGGE 11 agosto 2003, n. 228 (in G.U. 23/08/2003, n.195) ha disposto (con l'art. 5) l'introduzione dell'art. 25-quinquies.

La LEGGE 18 aprile 2005, n. 62 (in SO n.76, relativo alla G.U. 27/04/2005, n.96) ha disposto (con l'art. 9, comma 3) l'introduzione dell'art. 25-sexies.

La LEGGE 28 dicembre 2005, n. 262 (in SO n.208, relativo alla G.U. 28/12/2005, n.301) ha disposto (con l' artt. 31) la modifica dell'art. 25-ter, comma 1, lettera r).

La LEGGE 28 dicembre 2005, n. 262 (in SO n.208, relativo alla G.U. 28/12/2005, n.301) ha disposto (con l'art. 39, comma 5) la modifica dell'art. 25-ter.

La LEGGE 9 gennaio 2006, n. 7 (in G.U. 18/01/2006, n.14) ha disposto (con l'art. 8, comma 1)l'introduzione dell'art.25-quater.1.

La LEGGE 6 febbraio 2006, n. 38 (in G.U. 15/02/2006, n.38) ha disposto (con l'art. 10, comma 1, lettera a) la modifica dell'art. 25-quinquies, comma 1, lettera b); (con l'art. 10, comma 1, lettera b) la modifica dell'art. 25-quinquies, comma 1, lettera c).

La LEGGE 3 agosto 2007, n. 123 (in G.U. 10/08/2007, n.185) ha disposto (con l'art. 9, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-septies.

Il DECRETO LEGISLATIVO 21 novembre 2007, n. 231 (in SO n.268, relativo alla G.U. 14/12/2007, n.290) ha disposto (con l'art. 63, comma 3) l'introduzione dell'art. 25 - octies.

La LEGGE 18 marzo 2008, n. 48 (in SO n.79, relativo alla G.U. 04/04/2008, n.80) ha disposto (con l'art. 7, comma 1) l'introduzione dell'art. 24-bis.

Il DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 (in SO n.108, relativo alla G.U. 30/04/2008, n.101) ha disposto (con l'art. 300, comma 1) la modifica dell'art. 25-septies.

La LEGGE 15 luglio 2009, n. 94 (in SO n.128, relativo alla G.U. 24/07/2009, n.170) ha disposto (con l'art. 2, comma 29) l'introduzione dell'art. 24-ter.

La LEGGE 23 luglio 2009, n. 99 (in SO n.136, relativo alla G.U. 31/07/2009, n.176) ha disposto ( con l'art. 15, comma 7, lettera a) la modifica dell'art. 25-bis, commi 1, 2, l'introduzione della lettera f-bis) e la modifica della rubrica.

La LEGGE 23 luglio 2009, n. 99 (in SO n.136, relativo alla G.U. 31/07/2009, n.176) ha disposto ( con l'art. 15, comma 7, lettera c) l'introduzione dell'art. 25-novies.

La LEGGE 23 luglio 2009, n. 99 (in SO n.136, relativo alla G.U. 31/07/2009, n.176) ha disposto (con l'art. 15, comma 7, lettera b) l'introduzione dell'art. 25-bis.1.

La LEGGE 3 agosto 2009, n. 116 (in G.U. 14/08/2009, n.188) ha disposto (con l'art. 4, comma 1) la modifica dell'art. 25-novies.

La LEGGE 23 dicembre 2009, n. 191 (in SO n.243, relativo alla G.U. 30/12/2009, n.302) ha disposto (con l'art. 2, comma 218) la modifica dell'art. 18, comma 2.

Il DECRETO LEGISLATIVO 7 luglio 2011, n. 121 (in G.U. 01/08/2011, n.177) , nel modificare l'art. 4 della L. 3 agosto 2009, n. 116 (in G.U. 14/8/2009, n. 188), ha conseguentemente disposto (con l'art. 2, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-decies.

Il DECRETO LEGISLATIVO 7 luglio 2011, n. 121 (in G.U. 01/08/2011, n.177) , nel modificare l'art. 4 della L. 3 agosto 2009, n. 116 (in G.U. 14/8/2009, n. 188), ha conseguentemente disposto (con l'art. 2, comma 1) la modifica dell'art. 25-novies.

Il DECRETO LEGISLATIVO 7 luglio 2011, n. 121 (in G.U. 01/08/2011, n.177) ha disposto (con l'art. 2, comma 2) l'introduzione dell'art. 25-undecies.

La LEGGE 12 novembre 2011, n. 183 (in SO n.234, relativo alla G.U. 14/11/2011, n.265) ha disposto (con l'art. 14, comma 12) l'introduzione del comma 4-bis all'art. 6.

Il DECRETO LEGISLATIVO 16 luglio 2012, n. 109 (in G.U. 25/07/2012, n.172) ha disposto (con l'art. 2, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-duodecies.

La LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 (in G.U. 13/11/2012, n.265) ha disposto (con l'art. 1, comma 77, lettera a)) la modifica dell'art. 25, comma 3 e rubrica.

La LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 (in G.U. 13/11/2012, n.265) ha disposto (con l'art. 1, comma 77, lettera b)) l'introduzione della lettera s-bis) all'art. 25-ter, comma 1.

Il DECRETO-LEGGE 31 agosto 2013, n. 101 (in G.U. 31/08/2013, n.204) , convertito con modificazioni dalla L. 30 ottobre 2013, n. 125 (in G.U. 30/10/2013, n. 255), ha disposto (con l'art. 12, comma 5-bis) l'introduzione del comma 1-bis all'art. 53.

Il DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2014, n. 39 (in G.U. 22/03/2014, n.68) ha disposto (con l'art. 3, comma 1) la modifica dell'art. 25-quinquies, comma 1, lettera c).

La LEGGE 15 dicembre 2014, n. 186 (in G.U. 17/12/2014, n.292) ha disposto (con l'art. 3, comma 5, lettera a)) la modifica dell'art. 25-octies, comma 1; (con l'art. 3, comma 5, lettera b)) la modifica della rubrica dell'art. 25-octies.

La LEGGE 22 maggio 2015, n. 68 (in G.U. 28/05/2015, n.122) ha disposto (con l'art. 1, comma 8, lettera a)) la modifica dell'art. 25-undecies, comma 1, lettere a) e b), l'introduzione delle lettere da c) a g) all'art. 25-undecies, comma 1 e del comma 1-bis all'art. 25-undecies.

La LEGGE 27 maggio 2015, n. 69 (in G.U. 30/05/2015, n.124) ha disposto (con l'art. 12, comma 1, lettera a)) la modifica dell'art. 25-ter, comma 1, alinea; (con l'art. 12, comma 1, lettera b)) la modifica dell'art. 25-ter, comma 1, lettera a); (con l'art. 12, comma 1, lettera c)) l'introduzione della lettera a-bis)

all'art. 25-ter, comma 1; (con l'art. 12, comma 1, lettera d)) la modifica dell'art. 25-ter, comma 1, lettera b); (con l'art. 12, comma 1, lettera e)) l'abrogazione della lettera c) dell'art. 25-ter, comma 1.

La LEGGE 29 ottobre 2016, n. 199 (in G.U. 03/11/2016, n.257) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) la modifica dell'art. 25-quinquies, comma 1, lettera a).

Il DECRETO LEGISLATIVO 15 marzo 2017, n. 38 (in G.U. 30/03/2017, n.75) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) la modifica dell'art. 25-ter, comma 1, lettera s-bis).

La LEGGE 17 ottobre 2017, n. 161 (in G.U. 04/11/2017, n.258) ha disposto (con l'art. 30, comma 4) l'introduzione dei commi 1-bis, 1-ter e 1-quater all'art. 25-duodecies.

La LEGGE 20 novembre 2017, n. 167 (in G.U. 27/11/2017, n.277) ha disposto (con l'art. 5, comma 2) l'introduzione dell'art. 25-terdecies.

La LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 (in G.U. 14/12/2017, n.291) ha disposto (con l'art. 2, comma 1) l'introduzione dei commi 2-bis, 2-ter e 2-quater all'art. 6.

La LEGGE 9 gennaio 2019, n. 3 (in G.U. 16/01/2019, n.13) ha disposto (con l'art. 1, comma 9, lettera a)) la modifica dell'art. 13, comma 2.

La LEGGE 9 gennaio 2019, n. 3 (in G.U. 16/01/2019, n.13) ha disposto (con l'art. 1, comma 9, lettera b)) la modifica dell'art. 25, commi 1 e 5 e l'introduzione del comma 5-bis all'art. 25.

La LEGGE 9 gennaio 2019, n. 3 (in G.U. 16/01/2019, n.13) ha disposto (con l'art. 1, comma 9, lettera c)) la modifica dell'art. 51, commi 1 e 2.

La LEGGE 3 maggio 2019, n. 39 (in G.U. 16/05/2019, n.113) ha disposto (con l'art. 5, comma 1) l'introduzione dell'art. 25-quaterdecies.

Il DECRETO-LEGGE 21 settembre 2019, n. 105 (in G.U. 21/09/2019, n.222) , convertito con modificazioni dalla L. 18 novembre 2019, n. 133 (in G.U. 20/11/2019, n. 272), ha disposto (con l'art. 1, comma 11-bis) la modifica dell'art. 24-bis, comma 3.

Il DECRETO-LEGGE 26 ottobre 2019, n. 124 (in G.U. 26/10/2019, n.252) ha disposto (con l'art. 39, commi 2 e 3) l'introduzione e la modifica dell'art. 25-quinquiesdecies.

Il DECRETO-LEGGE 26 ottobre 2019, n. 124 (in G.U. 26/10/2019, n.252) , convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre 2019, n. 157 (in G.U. 24/12/2019, n. 301), ha disposto (con l'art. 39, commi 2 e 3) la modifica dell'art. 25-quinquiesdecies.

La LEGGE 18 novembre 2019, n. 133 (in G.U. 20/11/2019, n.272) ha disposto (con l'art. 1, comma 1) la conversione, con modificazioni, del D.L. 21 settembre 2019, n. 105 (in G.U. 21/09/2019, n. 222).

La LEGGE 19 dicembre 2019, n. 157 (in G.U. 24/12/2019, n.301) ha disposto (con l'art. 1, comma 1) la conversione, con modificazioni, del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124 (in G.U. 26/10/2019, n. 252).

Il DECRETO LEGISLATIVO 14 luglio 2020 nr. 75 (in G.U. 15/07/2020 n. 177) ha disposto (con l'art. 5, comma 1, lettera a) la modifica dell'art 24 comma 1 e rubrica; la modifica dell'art 25 quinquiesdecies, commi 2 e 3, l'introduzione del comma 1-bis dell'art 25); l'introduzione dell'art 25-sexiesdecies

IL DECRETO LEGISLATIVO 8/11/2021 NR. 184 ha disposto l'introduzione dell'art. 25-octies 1

LA LEGGE 9 MARZO 2022 ha disposto l'introduzione dell'art. 25-septiedecies e l'introduzione dell'art. 25-duodevicies

IL DECRETO LEGSILATIVO 10 OTTOBRE 2022 NR. 150 ha disposto la modifica dell'art. 64 comma 1

IL DECRETO LEGISLATIVO 4 OTTOBRE 2022 NR. 156 ha disposto la modifica dell'art. 25-quinquiesdecies comma 1 bis

## 2.5 Individuazione dei possibili reati derivanti dalle attività di Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus

L'analisi dei rischi ha consentito di individuare una serie di processi/attività a rischio di reato.

L'analisi riportata nelle tabelle riepilogative è svolta al netto delle misure di controllo e pertanto i rischi sono da considerarsi a livello accettabile in quanto irrilevanti o bassi o perché sufficientemente presidiati.

L'analisi ha permesso di individuare le seguenti aree a rischio:

- ✓ Acquisizione di lavori mediante partecipazione a gare pubbliche
- ✓ Gestione dei rapporti con la pubblica amministrazione in merito a autorizzazioni, accreditamenti ed ispezioni da parte della pubblica autorità
- ✓ Erogazione di servizi
- ✓ Gestione delle attività amministrative e redazione del bilancio
- ✓ Procedimenti giudiziali ed arbitrali
- ✓ Adempimenti relativi ad attività di carattere ambientale e in materia di sicurezza sul lavoro

Sono stati individuati anche processi strumentali che, pur se non direttamente esposti a rischio reato, potrebbero creare le condizioni per la commissione di reati previsti dal decreto 231:

- ✓ Acquisti di beni e servizi
- ✓ Selezione ed assunzione del personale
- ✓ Consulenze e prestazioni professionali
- ✓ Sponsorizzazioni, liberalità

Le tipologie di reato di interesse per la Fondazione sono pertanto:

- Reati in danno della pubblica amministrazione
- Reati societari
- Reati di abbandono e deposito di rifiuti
- Reati conseguenti violazioni in tema di sicurezza nell'ambiente di lavoro
- Reati di ricettazione e riciclaggio, impiego di denaro, beni ed altra utilità di provenienza illecita
- Delitti informatici e trattamento illecito di dati
- Induzione a non rendere o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria
- Delitti contro la personalità individuale

In particolare si ritiene che il modello sia da tenere adeguato e monitorato per quanto concerne la normativa regionale in tema di accreditamento regionale tenuto conto di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e del Decreto legislativo nr. 97 del 25.05.2016 nonché della legge nr. 69 del 27.05.2015.

## 3. IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE (FASE PDCA:DO)

La fase dell'implementazione comprende la valutazione dei rischi di reato e la gestione della documentazione.

La Fondazione eroga servizi socio sanitari residenziali e semi residenziali in regime di accreditamento con Regione Lombardia.

Per lo svolgimento della propria attività la Fondazione mette in essere le seguenti azioni:

- Contratto di fornitura di servizi con Regione Lombardia per il tramite dell'ASL di Brescia
- Contratto di fornitura di servizi, se del caso, con Enti Locali, Comunità montana e Istituzioni pubbliche
- Partecipazione a gare d'appalto
- Partecipazione a bandi per l'ottenimento di finanziamenti
- Contratto di fornitura di servizio con il singolo utente o con il familiare
- Raccolta fondi



- Selezione ed assunzione di personale
- Contratti di collaborazione con professionisti
- Produzione di servizi relativamente l'assistenza diretta alla persona in condizioni di non autosufficienza; (assistenza tutelare, assistenza sanitaria, assistenza alberghiera)
- Acquisto forniture e servizi
- Incassi
- Pagamenti
- Redazione del bilancio

A seguito dei macro processi evidenziati si è proceduto all'analisi dettagliata di ogni singolo reato e sono state individuate le aree a rischio di commissione reato nonché i processi coinvolti.

### 3.1 Valutazione dei rischi (riscritto completamente modificando la modalità di esposizione)

La fase dell'implementazione comprende la valutazione dei rischi di reato e la gestione della documentazione.

L'analisi ha evidenziato alcune aree critiche con particolare riferimento ai seguenti reati:

Delitti contro la pubblica amministrazione (quali corruzione e malversazione ai danni dello Stato, truffa ai danni dello Stato e frode informatica ai danni dello Stato, indicati agli artt. 24 e 25 del D. Lgs 231/01 o contro la fede pubblica (quali falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento, indicati all'art 25-bis del D. lgs 231/01

Trattasi di rischio legato all'attività propria della Fondazione che sottoscrive contratti con la pubblica amministrazione, a seguito di accreditamento o autorizzazioni o in seguito all'aggiudicazione di appalti e/o finanziamenti.

I processi a rischio e le relative azioni preventive messe in atto, sono di seguito elencati:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Progettazione e sviluppo	Fase di lavorazione attraverso la quale viene elaborato un progetto per l'ottenimento di sovvenzione e/o finanziamento da parte dell'amministrazione pubblica per la realizzazione di servizi e/o beni immobili	Adozione di specifico protocollo che definisce modalità di stesura del progetto, responsabile della realizzazione, modalità di verifica degli stati avanzamento lavori e relative dichiarazioni
Rendicontazione delle attività svolte	Fase di lavorazione attraverso la quale viene data evidenza dell'attività svolta, del servizio erogato e della remunerazione che ne consegue a carico dell'ente pubblico. La fase di lavorazione è comprensiva della verifica del mantenimento dei requisiti normativi richiesti.	Adozione di protocollo che definisce i livelli di responsabilità delle rendicontazione con suddivisione dei compiti per quanto concerne la parte sanitaria, la parte amministrativa e la gestione dei flussi informativi verso l'ente pubblico.
		Scelta del fornitore: adozione di protocollo per la valutazione dei fornitori
		Gestione degli acquisiti: adozione di protocollo per la gestione degli acquisiti

Processi amministrativi strumentali all'erogazione dei servizi	Trattasi di più fasi di lavorazione quali: scelta del fornitore, acquisti, fatturazione, incassi, pagamenti, tenuta contabilità	Incassi: adozione di protocollo per la tracciabilità dei flussi finanziari
		Pagamenti: adozione di protocollo per la tracciabilità dei flussi finanziari
		Fatturazione, tenuta di contabilità: adozione di protocollo nel rispetto della normativa vigente che disciplina l'adozione del budget, le modalità di verifica e controllo trimestrali, la redazione del bilancio di chiusura. Nomina del revisore unico con funzioni di verifica e controllo della regolare tenuta della contabilità e della corretta gestione economica finanziaria

Art 25: Concussione induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione

Trattasi di tipologia di reato che rientra nell'ambito dei reati contro la Pubblica Amministrazione che necessita di un approfondimento a seguito della pubblicazione della legge 190 del 06.11.2012 contenente "Nuove disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

In considerazione dell'applicabilità della legge 190/12 agli enti di diritto privato in controllo pubblico, intendendo con questo le società e gli enti di diritto privato che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle PA, sottoposti a controllo ai sensi dell'art. 2359c.c. da parte di amministrazioni pubbliche, oppure gli enti nei quali siano riconosciuti alle pubbliche amministrazioni anche in assenza di partecipazioni azionaria, poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi, si ritiene esplicitare in maniera dettagliata le azioni preventive messe in atto in ottemperanza alla Legge 190/12.

Si precisa che Il PNA dispone che *"al fine di dare attuazione alle norme contenute nella l. n. 190/2012 gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico, di livello nazionale o regionale/locale sono tenuti ad introdurre e ad implementare adeguate misure organizzative e gestionali"*.

Una di queste misure è rappresentata dal modello organizzativo idoneo ex d.lgs. n. 231/2001. E, in questo senso, il PNA, riconoscendo, in qualche modo, la necessità di non realizzare inefficaci sovrapposizioni tra diverse misure, si sofferma sul coordinamento tra la legge n. 190/2012 e il d. lgs. n. 231/2001, disponendo come segue:

*"Per evitare inutili ridondanze qualora questi enti (le società partecipate, ndr) adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del d.lgs. n. 231 del 2001 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la Pubblica amministrazione previsti dalla l. n. 231 del 2001 ma anche a tutti quelli considerati nella l. n. 190 del 2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente (società strumentali/società di interesse generale)"*.

La legge 190/12 ha introdotto importanti novità in particolare:

- la concussione è ora riferibile soltanto alla figura del pubblico ufficiale e circoscritta alle sole ipotesi in cui vi sia la costrizione del provato;

- la distinta ipotesi di concussione per induzione, precedentemente prevista nell'ambito dell'articolo 317 c.p. ha acquisito rilievo di fattispecie autonoma mediante l'introduzione del nuovo reato di induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 quater c.p.)

L'aspetto più significativo della modifica normativa nella prospettiva della responsabilità dell'ente è che soggetto attivo del delitto in esame è anche il soggetto privato che partecipa al reato corrispondendo o impegnandosi a dare l'utilità, nonostante le pene riservate al privato siano più miti di quelle previste per il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio; nel contempo, il legislatore ha provveduto a rimodulare il reato di corruzione con l'inserimento, tra l'altro, della corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.) in luogo del precedente reato di corruzione per un atto d'ufficio. Il nuovo reato risulta configurabile laddove vi sia un flusso illecito di denaro (o altra utilità) tra esponenti aziendali e un soggetto pubblico, nell'esercizio delle proprie funzioni o dei suoi poteri, senza la necessità che sia dimostrato (come invece richiesto dalla formulazione precedente del reato) un nesso causale tra la prestazione (o l'utilità erogata) e un singolo e specifico provvedimento o atto della PA.

Trattasi di rischio strettamente legato all'attività della Fondazione che opera con la pubblica amministrazione e risulta trasversale a più processi aziendali ma che si ritiene di probabilità bassa stante le azioni preventive promosse.

ATTIVITA	PROCEDURA O PROCESSO	AZIONE PREVENTIVA
Partecipazione a procedure di gara o negoziazione diretta per la vendita di beni e servizi alla PA	Progettazione e sviluppo	Monitoraggio dei procedimenti di richiesta di erogazioni, contributi o finanziamenti pubblici e attivazione di approfondimenti su potenziali indicatori di rischio (es. concentrazione richieste andate a buon fine su determinati soggetti PA).
Attività connesse alla erogazione di servizi per conto della PA in quanto correlate alla funzione di pubblico esercizio		
Rapporti con autorità indipendenti e di vigilanza ed altri organismi di diritto pubblico	Processo rendicontazione	Procedure di tracciabilità dei flussi finanziari aziendali con l'individuazione dei soggetti autorizzati all'accesso alle risorse.
Autorità giudiziaria, pubblici ufficiali e incaricati relativamente agli adempimenti fiscali, tributari e previdenziali	Processi amministrativi legati all'attività svolta	
Autorità giudiziaria nell'ambito del contenzioso penale, civile, del lavoro, amministrativo, fiscale e tributario		
Partecipazione a procedure per l'ottenimento di licenze e autorizzazioni da parte della PA	Progettazione e sviluppo	Definizione di organigramma e livelli di responsabilità
La partecipazione a procedure per l'ottenimento di erogazioni, contributi o finanziamenti da parte di organismi pubblici italiani o comunitari e il loro concreto utilizzo.		Stratificazione dei poteri di firma
Le attività di acquisto dalla PA, ovvero le attività di acquisto svolte con la qualifica di pubblica funzione o incaricato di pubblico servizio		Adozione e diffusione del Codice Etico con previsioni sanzionatorie
La partecipazione a procedure per l'ottenimento di erogazioni, contributi o finanziamenti da parte		Trasparenza: Pubblicazione sul sito della Fondazione dei pagamenti annuali effettuati ai fornitori

di organismi pubblici italiani o comunitari e il loro concreto utilizzo.		
Selezione e assunzione del personale.	Gestione delle risorse umane	Adozione di specifico protocollo e mansionario con requisiti di accesso
Partecipazione a procedure di evidenza pubblica in associazione con altri partner (RTI, ATI, joint venture, consorzi, etc.).	Progettazione e sviluppo	Conduzione di adeguate verifiche sui possibili partner

Delitti informatici e trattamento illecito di dati (quali accesso abusivo a un sistema informatico, danneggiamento di informazioni, danneggiamento di sistemi informatici, detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi) indicati all'art. 24-bis del D. Lgs 231/01.

Trattasi di rischio legato all'attività della Fondazione che opera con la pubblica amministrazione (Regione, Sistema CRS, ASL, INPS, Inail, Direzione provinciale del lavoro, ecc...) per la gestione delle informazioni derivanti da obblighi normativi e per le quali è necessario l'accesso a piattaforme informatiche tramite codici di accesso.

Trattasi di rischio trasversale a molteplici processi quali:

- Assolvimento debito informativo nei confronti della regione
- Gestione amministrativa del personale
- Gestione debito informativo nei confronti degli istituti previdenziali
- Gestione debito informativo nei confronti dell'Agenzia delle entrate

Il recepimento della Direttiva UE 2016/679 ha imposto con decorrenza 25/05/2018/ la revisione dei processi a tutela dei dati personali e la nomina di un responsabile della protezione dei dati.

Le azioni preventive messe in atto, sono di seguito elencate:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Gestione Privacy e informatizzazione	Processo che definisce il trattamento dei dati attraverso l'utilizzo di strumenti informatici evidenziando procedure per quanto concerne il trattamento e la conservazione dei dati stessi nonché l'accesso a piattaforme esterne alla rete interna.	Adozione di una specifica procedura all'interno del documento programmatico per la sicurezza (DPS) che definisce le modalità di accesso a piattaforme informatiche esterne alla rete interna stabilendo responsabilità e limiti di utilizzo nonché gestione e conservazione delle password di accesso. Limitazione a monte all'utilizzo di internet riservato ai soli fini istituzionali. Nomina di DPO

Delitti di criminalità organizzata (associazione a delinquere in materia di immigrazione clandestina, scambio elettorale politico mafioso, sequestro di persona a scopo di estorsione, traffico illecito di stupefacenti o sostanze psicotrope) come indicato all'art. 24-ter del D. Lgs 231/01

Trattasi di reato la cui probabilità di accadimento è praticamente nulla all'interno della nostra organizzazione ma che potenzialmente potrebbe interessare i seguenti processi:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Selezione ed assunzione del personale	Processo attraverso il quale, definito il fabbisogno di dotazione organica, si procede alla selezione ed assunzione del personale.	Adozione di specifico “Manuale delle competenze” che prevede per ogni figura professionale e per ogni livello di responsabilità i requisiti di accesso alla selezione ivi compreso attestati, permessi di soggiorno e dichiarazioni di assenza di incompatibilità alla mansione. Adozione di specifico protocollo che definisce le modalità di selezione del personale e di verifica delle competenze durante il periodo di prova. Non sono in ogni caso motivi di giudizio il sesso, l'appartenenza politica, il credo religioso, il genere e la razza .
Gestione di farmaci stupefacenti	Processo attraverso il quale avviene il rifornimento di farmaci stupefacenti per il fabbisogno terapeutico dei pazienti	Adozione di specifico protocollo che norma l'approvvigionamento del farmaco nonché adozione di registro di carico e scarico con responsabilità in capo al responsabile sanitario. Adozione di strumento informatico per la gestione della terapia farmacologica che rende tracciabile la somministrazione del farmaco al giusto paziente

Reati societari (quali false comunicazioni sociali, falso in prospetto, illecita influenza sull'assemblea, indicati all'art. 25-ter del D. Lgs 231/01

La forma giuridica della Fondazione è normata dal c.c. e non presenta una assemblea dei soci. E' dotata di autonomia patrimoniale e come Onlus redige un bilancio sociale per dare trasparenza delle attività svolte. Quale Fondazione erogatrice di servizi socio sanitari iscritta al registro regionale delle persone giuridiche è assoggettata a vigilanza e controllo da parte dell'ASL cui è dovuto debito informativo annuale.

I processi a rischio e le relative azioni preventive messe in atto, sono di seguito elencati:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Processo amministrativo di contabilizzazione di costi e ricavi	Fase di lavorazione per la quale vengono imputati secondo un piano dei conti specifico costi e ricavi.	Adozione di specifico protocollo che prevedere due livelli di responsabilità nell'imputazione delle voci e disgiunge la contabilizzazione

		dall'effettuazione del pagamento e/o dell'incasso
Redazione del bilancio	Fase di lavorazione annuale di redazione del bilancio civilistico, del bilancio UE, della nota integrativa e della relazione sulla gestione	Adozione di specifico protocollo che prevede verifiche trimestrali di controllo dell'andamento economico finanziario e di verifica da parte del revisore unico. Le dichiarazioni annuali vengono affidate a consulente esterno che esercita un ulteriore controllo sui dati di bilancio.

Delitti in materia di riciclaggio: (impiego di denaro proveniente da utilità illecita, autoriciclaggio)

Le difficoltà maggiori a livello interpretativo del nuovo reato di autoriciclaggio riguarderanno soprattutto il tema dei reati tributari (frode fiscale, dichiarazione infedele, omessa dichiarazione). In considerazione della qualifica di Onlus si ritiene il rischio non presente.

Le misure di sicurezza introdotte rispetto alla tracciabilità del denaro contante fa ritenere il rischio non presente.

Delitti in materia di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico (ivi incluso il finanziamento ai suddetti fini), indicati all'art. 25-quater D.Lgs. 231/2001;

Il rischio non è presente

Reati contro la persona (quali atti sessuali con minori, prostituzione minorile, pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, riduzione o mantenimento in schiavitù; impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare) artt. 25-quater e 25 quinquies del D. lgs 231/01

La Fondazione eroga servizi a persone non autosufficienti in condizioni di fragilità. Per la produzione della propria attività si avvale di personale dipendente o di collaborazioni professionali.

I processi a rischio e le relative azioni preventive sono come in elenco:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Erogazione dei servizi	Fase di attività per la quale si agisce direttamente sulla persona, in condizione di fragilità	Adozione di specifici protocolli e/o procedure per il corretto utilizzo della terapia farmacologica, dei mezzi di contenzione. Formazione specifica al personale sulle modalità di relazione con l'utenza e con l'équipe di lavoro; introduzione nel codice etico di uno specifico divieto in tema di pornografia minorile
Selezione e assunzione del personale	Attività di reclutamento del personale	Adozione di protocollo con divieto di assunzione di personale in età minorile

		Adozione di protocollo per la gestione di stages o tirocini di addestramento a favore di allievi in età minorile Introduzione nel codice etico di uno specifico impegno a rispettare e far rispettare ai propri fornitori la normativa vigente in materia di lavoro, con particolare attenzione al lavoro minorile e al tema per la salute e la sicurezza Divieto di occupare cittadini di paesi terzi il cui soggiorno sia irregolare
--	--	--

Reati ambientali e sicurezza: (quali omicidio colposo o lesioni gravi e gravissime commesse con violazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro, reati in materia di scarichi di acque, attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti, violazione degli obblighi di comunicazione, tenuta dei registri obbligatori e dei formulari) di cui agli artt. 25-novies; 25 undicies del D. lgs 231/01

Nella gestione ordinaria la Fondazione produce rifiuti di cui alcuni rientranti nella categoria dei “rifiuti speciali” e nello svolgimento della propria attività occupa personale e strumentazione in ambiente di lavoro assoggettato alle verifiche di cui al D. lgs 81/2008.

I processi a rischio e le relative azioni preventive sono come in elenco:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Processo valutazione dei rischi in ambito lavorativo	Applicazione del contenuto normativo previsto dal D. lgs 81/2008	Adozione di documento di valutazione dei rischi quale parte integrante del SGQ. Formazione e addestramento del personale. Nomina della figura del preposto
Processo gestione rifiuti speciali	Gestione dei rifiuti derivanti dall'attività sanitaria	Adozione di specifico protocollo Sottoscrizione di convenzione con apposita ditta specializzata nello smaltimento di rifiuti speciali Corretta tenuta dei registri di carico e scarico dei rifiuti Dichiarazione MUD annuale

Con l'allegato 1 al presente documento vengono riassunti in una tabella i risultati della valutazione dei rischi. Per i processi ritenuti a rischio in relazione ai diversi reati viene definita l'accettabilità del rischio in relazione ai criteri precedentemente espressi. Qualora per un determinato reato non risultasse assolutamente alcuna correlazione ad uno specifico processo si configurerebbe una condizione di non applicabilità del reato stesso.

Trattasi di tabella a doppia entrata che specifica per ogni processo sia la funzione coinvolta che il tipo di reato per macro categoria nonché il grado di rischio stimato.

Reati tributari: L'art. 25 *quinquiesdecies* del d.lgs. 231/2001 indica per quali reati tributari commessi per interesse o vantaggio dell'ente possa determinarsi la responsabilità amministrativa. Processi a rischio e le relative azioni preventive sono come in elenco:

PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE PREVENTIVA
Emissione fatture attive	Trattasi di azione posta in essere dall'ufficio amministrativo secondo il servizio erogato.	Emissione di fattura a fronte di rendiconto di erogazione del servizio

Reati di contrabbando: L'art. 25 *sexies decies* del d.lgs. 231/2001 introduce il reato di contrabbando ai sensi del DPR n. 43 del 23/01/1973.

Nessuno dei processi attivi presso l'Ente è interessato.

*Legenda*

DG	Direttore generale	MD	Medico
IP	Infermiere professionale	RRU	Referente Risorse umane
CDA	Consiglio di amministrazione	NP	Non presente
AMM	Amministrazione	RSPP	Responsabile servizio prevenzione e protezione
RF	Responsabile di funzione	TP	Tutto il personale



## 4. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

In base ai risultati della valutazione dei rischi, individuati i processi operativi, per la corretta gestione di ognuno di essi è stato definito un adeguato supporto documentale (policy, norme operative, procedure interne, ecc..) per consentire che siano sempre verificabili in termini di congruità coerenza e responsabilità

La documentazione del SGRA comprende

- 1) Manuale del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa rappresentativo del modello di organizzazione, gestione e controllo
- 2) Codice etico
- 3) Procedure di controllo interno
- 4) Documenti necessari all'organizzazione per assicurare l'efficace pianificazione funzionamento e controllo dei processi – registrazione degli audit
- 5) Sistema disciplinare e sanzionatorio
- 6) RegISTRAZIONI ed analisi dati

### 4.1 *Manuale del modello organizzativo*

Il manuale organizzativo della Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus per prevenire i reati di cui al D. lgs 231/01 richiama ed include:

- La descrizione dei processi e della loro interazione, con l'indicazione degli impatti diretti o indiretti che questi possono avere sulla commissione di reati
- L'analisi dei rischi
- Le procedure, i protocolli e le misure predisposte per il SGRA
- Il sistema disciplinare e sanzionatorio
- L'atto istitutivo dell'organismo di vigilanza
- L'individuazione e le modalità di trasmissione dei flussi informativi obbligatori
- Il codice etico e la politica per la responsabilità amministrativa
- La pianificazione e la registrazione delle attività di audit
- La pianificazione e la registrazione della formazione del personale

### 4.2 *Procedure*

Le attività della Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus soggette ad eventuale rischio di reato sono regolamentate dalle procedure del sistema di gestione della qualità e dalle procedure di controllo interno.

Criteri di fondo sui cui è improntata la prevenzione di commissione di reato sono i seguenti:

- Le scelte operative sono rese tracciabili in termini di caratteristiche e motivazioni e devono essere individuabili coloro che hanno autorizzato, effettuato e verificato le singole attività
- Lo scambio di informazioni fra fasi/processi contigui prevede meccanismi (riconciliazioni, quadrature, ecc..) per garantire l'integrità e la completezza dei dati gestiti
- Le risorse umane sono selezionate, assunte e gestite secondo criteri di trasparenza e in coerenza con i valori etici e gli obiettivi definiti dall'azienda
- Periodicamente le conoscenze e le competenze professionali disponibili nei settori operativi sono analizzate in termini di congruenza rispetto agli obiettivi assegnati
- Il personale è formato ed addestrato per lo svolgimento delle mansioni assegnate
- Le mansioni assegnate sono definite per esteso attraverso il manuale delle competenze parte integrante del sistema di gestione della qualità
- L'acquisizione di beni e servizi per il funzionamento aziendale avviene sulla base di analisi del fabbisogno e da fonti adeguatamente selezionate e monitorate

La Fondazione si è inoltre dotata del protocollo "Corretta applicazione modello organizzativo ai sensi D. Lgs 231/2001 nel quale sono evidenziate:

- Le attività di controllo volte a contrastare la possibilità di reato descritte
- Le indicazioni comportamentali per evitar il generarsi di situazioni ambientali compatibili con i reati (cosa non fare)
- I flussi informativi verso l'organismo di vigilanza per evidenziare le aree a rischio ed agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del modello organizzativo

Il controllo delle attività sensibili e i flussi informativi avvengono secondo l'analisi dei processi effettuata all'interno del sistema di gestione della qualità.

Per le aree individuate come sensibili vengono riportati in tabella i processo di riferimento e la relativa codifica.

All'interno di ogni processo sono individuate le eventuali procedure, matrici o protocolli di riferimento utili al fine di rendere trasparente l'azione preventiva intrapresa e poter effettuare una corretta analisi dei dati.

<b>ELENCO PROCESSI</b>			
<b>DIREZIONE GENERALE</b>			
<b>CODICE</b>	<b>AREA amministrativa</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	AMM	PROCESSO BILANCIO PREVISIONE	31/12/2019
002	AMM	PROCESSO BILANCIO CONSUNTIVO	31/12/2019
003	AMM	PROCESSO RENDICONTAZIONE	31/12/2019
004	AMM	PROCESSO GESTIONE AMMINISTRATIVA RISORSE UMANE	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA approvvigionamenti</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	APP	PROCESSO APPROVVIGIONAMENTI	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA cultura ricerca formazione</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
003	GRU	PROCESSO INSERIMENTO/FORMAZIONE IN INGRESSO	31/12/2019
004	GRU	PROCESSO FORMAZIONE CONTINUA INTERNA	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA gestione privacy</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	PRV	PROCESSO GESTIONE PRIVACY	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA progettazione e sviluppo</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	PGT	PROCESSO PROGETTAZIONE	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA risorse umane</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	GRU	PROCESSO GESTIONE ARCHIVIO CURRICULA	31/12/2019
002	GRU	PROCESSO INDIVIDUAZIONE SELEZIONE RISORSE UMANE	31/12/2019
<b>CODICE</b>	<b>AREA sicurezza sul lavoro</b>	<b>TITOLO</b>	<b>DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)</b>
001	SIC	PROCESSO GESTIONE SICUREZZA AMBIENTE DI LAVORO	31/12/2019

AREA SOCIO SANITARIA (trasversale ai servizi residenziali e semiresidenziali)			
CODICE	AREA socio sanitaria	TITOLO	DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)
001	SSS	PROCESSO ACCOGLIENZA/INSERIMENTO	31/12/2019
002	SSS	PROCESSO ASSISTENZIALE	31/12/2019
003	SSS	PROCESSO EDUCATIVO/ANIMATIVO	31/12/2019
004	SSS	PROCESSO PSICOLOGICO	31/12/2019
005	SSS	PROCESSO MEDICO	31/12/2019
006	SSS	PROCESSO INFERMIERISTICO	31/12/2019
007	SSS	PROCESSO RIABILITATIVO FUNZIONALE	31/12/2019
008	SSS	PROCESSO PAI	31/12/2019
SERVIZIO CDI			
CODICE	AREA CDI	TITOLO	DATA ULTIMA REVISIONE (anche parziale)
001	CDI	PROCESSO EROGAZIONE CDI	31/12/2019

Anche le procedure di controllo interno sono strettamente correlate con il sistema di gestione della qualità che risultano le seguenti

- Gestione della documentazione e delle registrazioni
- Miglioramento continuo
- Verifiche ispettive interne
- Gestione delle non conformità
- Gestione delle azioni correttive e preventive
- Sorveglianza misurazione

Tali procedure sono parte integrante del modello organizzativo 231 per ciò che concerne la gestione di:

- Documentazione
- Flussi informativi interni ed esterni
- Verifiche ispettive
- Non conformità
- Misurazione e controllo dei processi
- Responsabilità del personale

Di seguito la tabella di correlazione tra i documenti del modello organizzativo 231 e quelli del sistema gestione qualità

001	SGQ	PRD Codifica della documentazione
002	SGQ	PRD Controllo documenti e dati
003	SGQ	PRD Gestione registrazioni per la qualità
004	SGQ	PRD Gestione delle azioni correttive
005	SGQ	PRD Gestione delle azioni preventive
006	SGQ	PRD Gestione delle verifiche ispettive interne
007	SGQ	PRD Gestione delle non conformità
008	SGQ	PRD Riesame del sistema di gestione per la qualità

#### ***4.3 Tenuta sotto controllo dei documenti e delle registrazioni***

A tal fine la Fondazione Colturi si è dotata della procedura

001	SGQ	PRD Codifica della documentazione
002	SGQ	PRD Controllo documenti e dati

in cui sono definite le modalità di

- Approvazione dei documenti per la loro adeguatezza prima della relativa emissione
- Riesame ed aggiornamento per quanto necessario ed approvazione dei documenti
- Assicurare che le modifiche e lo stato di revisione dei documenti siano identificati
- Assicurare che le versioni pertinenti dei documenti applicabili siano disponibili nei punti di utilizzo
- Prevenire l'utilizzo involontario dei documenti obsoleti
- Controllo e monitoraggio delle registrazioni per fornire evidenza delle non conformità ai requisiti e dell'efficacia del SGRA

## 5. CONTROLLO DELLA VALIDITA' DEL SISTEMA DI GESTIONE (Fase PDCA: Check)

### 5.1 Responsabilità

L'organismo di vigilanza, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, ha la responsabilità di vigilare sul funzionamento del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa e di verificarne il costante aggiornamento ed adeguamento in base all'evoluzione normativa oltre che in base all'evoluzione dell'organizzazione stessa.

Per vigilare sull'effettività del modello l'OdV deve:

- Pianificare e condurre attività di audit
- Verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte
- Valutazione dell'adeguatezza del modello nella sua reale capacità di prevenire i comportamenti non voluti

In caso di non conformità il responsabile dell'area sottoposta ad audit deve assicurare che ogni correzione ed azione correttiva necessaria per eliminare la non conformità e la sua causa vengano effettuate senza indebito ritardo dando riscontro oggettivo dell'intervento effettuato

Qualora l'OdV riscontri la necessità di adeguare il modello organizzativo al fine di prevenire reati deve promuovere la reiterazione del ciclo PDCA

### 5.2 Documenti relativi al programma di audit interno

A tal fine la Fondazione si è dotata le seguenti matrici parte integrante del sistema di gestione della qualità

001	SGQ	MD RAPPORTO DI VERIFICA ISPETTIVA INTERNA
002	SGQ	MD RAPPORTO DI REGISTRAZIONE DATI
003	SGQ	MD RAPPORTO NON CONFERMITA'
004	SGQ	MD RIESAME SISTEMA GESTIONE QUALITA'/MO
005	SGQ	MD RILIEVO RECLAMI / SEGNALAZIONI DEL CLIENTE
006	SGQ	MD PIANO VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE
011	SGQ	REGISTRO RECLAMI SEGNALAZIONI

### 5.3 Attuazione e standardizzazione del sistema di gestione (Fase PDCA: ACT)

- Tutte le funzioni aziendali, ciascuna per il proprio campo di attività, sono responsabili della osservanza di quanto stabilito nel manuale del modello organizzativo.

- Una volta che sono state concluse positivamente le iterazioni previste dal ciclo PDCA si procede alla:  
standardizzazione del sistema tramite la conferma delle procedure definite:
- In base all'evoluzione legislativa, ai risultati dell'analisi dei rischi e a eventuali cambiamenti dell'attività organizzativa è necessario procedere all'aggiornamento del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa
- Attuazione del sistema disciplinare e del meccanismo sanzionatorio

Procedura di riferimento:

014	SGQ	MODELLO DI MISURAZIONE
-----	-----	------------------------

#### **5.4 Responsabilità della Direzione**

Il sistema di controllo interno è definito come il processo presidiato dalla Direzione, dal management e dagli altri membri della struttura aziendale, che si prefigge di fornire una ragionevole certezza in merito al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- Efficacia ed efficienza delle attività operative
- Affidabilità delle informazioni e della reportistica economico-finanziaria
- Conformità alle leggi e ai regolamenti
- Salvaguardia del patrimonio aziendale

Il sistema di controllo interno si qualifica con principi generali il cui campo di applicazione si estende con continuità attraverso i diversi livelli organizzativi.

E' integrato con i diversi processi aziendali sia di natura operativa che gestionale.

In particolare i processi gestionali di controllo delle attività sono strutturati secondo quanto previsto dal sistema di gestione della qualità e dal manuale per la protezione dei dati in conformità al D. lgs 196/03.

## **6. CODICE ETICO E RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA**

Un SGRA deve prevenire i reati di cui al D. lgs 231/03 tramite la chiara definizione delle responsabilità, la tracciabilità di tutte le attività e la creazione di un opportuno organismo di vigilanza. L'impegno in tal senso della Fondazione è rivolto

- alla formazione/informazione continua del personale e dei collaboratori per promuovere la conoscenza della normativa, i risvolti pratici che da essa discendono ed i contenuti del presente modello organizzativo
- divulgazione del Codice Etico nel quale sono rappresentati i principi generali di trasparenza, correttezza e legalità che devono essere alla base della conduzione delle attività aziendali
- esigere la tracciabilità delle operazioni in termini di documentazione e supporti informativi atti a consentire la ricostruibilità a posteriori delle motivazioni e delle situazioni contingenti in cui si è sviluppata l'azione stessa.

Documenti di riferimento:

- Codice etico
- Documenti esterni: Codici deontologici delle professioni sanitarie in vigore

#### **6.1 Funzionigramma, responsabilità ed autorità**

La Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus si è dotata di un proprio organigramma e nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità ha definito un preciso e dettagliato "Manuale delle Competenze" che prevede non solo le mansioni ma anche il livello di responsabilità rispetto ad ogni funzione attribuita.

I poteri di rappresentanza sono conferiti definendo i limiti in relazione alle dimensioni normali delle operazioni inerenti e secondo ambiti di esercizio strettamente collegati alle mansioni assegnate ed alla struttura organizzativa.

Le responsabilità sono definite e debitamente distribuite in modo da evitare, per quanto possibile, sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto.

Nessuna operazione significativa per i diversi settori può essere attivata senza adeguata autorizzazione.

Di seguito o si riporta per ogni funzione strettamente collegata al manuale organizzativo le responsabilità derivanti dalla corretta applicazione del modello:

Consiglio di amministrazione (CDA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approva e sostiene l'implementazione del modello organizzativo 231 con i relativi documenti</li> <li>- Agisce in ottemperanza al codice etico</li> </ul>
Direzione generale (DG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agisce in ottemperanza al codice etico</li> <li>- promuove la diffusione a tutto il personale e alle parti interessate del codice etico</li> <li>- Svolge le attività previste dalle procedure di controllo interno</li> <li>- Ricopre le funzioni dell'organismo di vigilanza come previsto dal D. lgs 231/03 per le piccole imprese</li> </ul>
Organismo di vigilanza (OdV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigila sulla effettiva applicazione del modello di gestione in relazione alle diverse tipologie di reato</li> <li>- Verifica l'efficacia del modello e la sua reale capacità di prevenire la commissione di reati di cui al decreto</li> <li>- Analizza il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del modello di gestione</li> <li>- Individua e propone alla direzione aggiornamenti e modifiche del modello stesso</li> <li>- Verifica periodicamente la mappa delle aree a rischio reato al fine di adeguarla alle mutate condizioni normative e/o organizzative</li> <li>- Effettua periodicamente verifiche ed ispezioni mirate su determinate operazioni o atti specifici posti in essere nell'ambito delle aree di attività a rischio</li> <li>- Raccoglie elabora e conserva le informazioni rilevanti in ordine al rispetto del modello nonché aggiorna la lista delle informazioni che devono essere obbligatoriamente trasmesse allo stesso OdV</li> <li>- Conduce le indagini interne per l'accertamento di presunte violazioni al modello</li> <li>- Verifica gli elementi previsti nel modello per le diverse tipologie di reato</li> <li>- Informa la direzione sulle attività e sulla attuazione del modello</li> <li>- Accede in modo ampio e capillare ai vari documenti aziendali ed in particolare a quelli riguardanti i rapporti di natura contrattuale</li> <li>- Si avvale del supporto e della cooperazione delle varie strutture aziendali che possano essere interessate o comunque coinvolte nelle attività di controllo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agisce in ottemperanza al codice etico</li> <li>- Svolge le attività previste dalle procedure di controllo operativo</li> </ul>
Responsabile sistema gestione qualità (RSGQ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Svolge attività di supporto all'azione dell' OdV per quanto riguarda la raccolta di informazioni</li> </ul>
Responsabili di funzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agiscono in ottemperanza al codice etico</li> <li>- Svolgono le attività previste dalle procedure di controllo operativo</li> </ul>
Dipendenti e collaboratori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agiscono in ottemperanza al codice etico</li> <li>- Svolgono le attività previste dalle procedure di controllo operativo</li> </ul>

## 6.2 Organismo di Vigilanza

Il sistema di controllo è in prima istanza l'organismo di vigilanza che raccoglie tutte le informazioni sull'andamento del modello organizzativo previste dal sistema di controllo interno, le esamina ed esprime un parere di conformità che viene sottoposto alla direzione. Ulteriormente l'OdV in base agli esiti dell'attività ed al riesame del MO può fornire indicazioni alla direzione su eventuali attività finalizzate o al rispetto della conformità o al miglioramento del modello stesso.

I compiti e le responsabilità dell'OdV, così come le modalità di costituzione e i requisiti dei suoi membri in relazione a competenza, rapporti con la società necessità di formazione sono definiti nel manuale delle competenze parte integrante sia del MO che del sistema di gestione della qualità.

**Responsabile del MO è il responsabile del sistema gestione qualità** al quale competono funzioni di raccolta delle informazioni, organizzazione delle attività di sorveglianza e controllo del sistema.

I flussi informativi, le segnalazioni, gli indicatori dei processi sensibili le non conformità e le azioni correttive di competenza dell'OdV sono gestiti attraverso le specifiche procedure, istruzioni operative e moduli del sistema di gestione per la qualità.

### Ruolo e composizione

L'articolo 6 del D. lgs 231/2001 nel ricondurre l'esonero della responsabilità dell'Ente all'adozione e alla efficace attuazione di un modello odi organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati da tale normativa, ha previsto l'istituzione di un organismo di vigilanza interno all'ente cui è assegnato specificatamente il compito di "vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello organizzativo e di curarne il relativo aggiornamento".

I compiti assegnati all'OdV richiedono che lo stesso sia dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo e si caratterizza quindi per i seguenti requisiti:

- autonomia ed indipendenza, affinché l'OdV non sia direttamente coinvolto nelle attività gestionali che costituiscono l'oggetto del suo controllo
- professionalità, in quanto al proprio interno deve possedere le competenze tecnico professionali adeguate alle funzioni che è chiamato a svolgere
- continuità d'azione, in quanto deve lavorare costantemente sulla vigilanza del MO con i necessari poteri di indagine, a garantire continuità dell'attività di vigilanza, non svolgere mansioni operative interne che possano condizionare la visione d'insieme delle attività aziendali

In tale quadro possibile, come previsto dal D.lgs 231/2001 art. 6, che in relazione alle dimensioni ed alla esigua complessità delle attività svolte dalla Fondazione il **Direttore Generale** assuma la veste dell'OdV.

A supporto della Direzione Generale è possibile prevedere il responsabile del Modello organizzativo identificabile anche con il **responsabile del sistema di gestione della qualità** il quale assume anche la funzione di controllo di primo livello in modo da creare una sorta di doppio controllo.

Al fine di rendere il più oggettivo possibile e imparziale l'azione di verifica e controllo può essere componente dell'OdV il **Revisore Unico** della Fondazione o diversamente persona esterna qualificata nominata dal Consiglio di Amministrazione.



### **6.3 Riservatezza**

I membri dell'OdV sono tenuti al segreto in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle loro funzioni. Tale obbligo tuttavia non sussiste nei confronti del Consiglio di Amministrazione.

I membri dell'OdV assicurano la riservatezza delle informazioni di cui vengono in possesso in particolare rese relative a segnalazioni che agli stessi dovessero pervenire in ordine a presunte violazioni del MO

Inoltre i membri dell'OdV si astengono dal ricevere e utilizzare informazioni riservate per fini diversi da quelli ricompresi nel paragrafo "compiti e poteri" e comunque per scopi non conformi alle funzioni proprie dell'OdV fatto salvo il caso di espressa e consapevole autorizzazione.

In ogni caso ogni informazione in possesso dell'OdV deve essere trattata in conformità con la vigente legislazione in materia (Codice privacy). L'inosservanza dei suddetti obblighi costituisce giusta causa di revoca dalla carica di membro dell'OdV.

### **6.4 Compiti e poteri**

All'OdV sono attribuiti i seguenti compiti:

- 1) Verificare l'efficienza e l'efficacia del modello organizzativo adottato rispetto alla prevenzione ed all'impedimento della commissione dei reati attualmente previsti dal D. lgs 231/2001 e di quelli che in futuro dovessero comunque comportare una responsabilità amministrativa della persona giuridica;
- 2) Verificare il rispetto delle modalità e delle procedure previste dal modello organizzativo e rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali che emergessero dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni
- 3) Formulare proposte alla Direzione per gli eventuali aggiornamenti ed adeguamenti del MO adottato da realizzarsi mediante le modifiche e/o le integrazioni che si rendessero necessarie in conseguenza di
  - a) Significative violazioni delle prescrizioni del MO
  - b) Significative modificazioni dell'assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento delle attività
  - c) Modifiche legislative al D lgs 231/2001 o che comunque prevedano nuove ipotesi di responsabilità diretta della persona giuridica
- 4) A seguito dell'accertamento di violazioni del MO segnalare tempestivamente le stesse alla Direzione per gli opportuni provvedimenti disciplinari che dovranno essere irrogati; l'OdV ha l'obbligo di informare immediatamente il Consiglio di Amministrazione qualora le violazioni riguardassero i soggetti apicali della Fondazione;
- 5) Predisporre una relazione informativa, su base almeno annuale, per la Direzione ed il Consiglio di Amministrazione in ordine all'attività di verifica e controllo compiute ed all'esito delle stesse

Per l'espletamento dei suddetti compiti all'organismo sono attribuiti i più ampi poteri, in particolare:

- le attività poste in essere non potranno essere sindacate da alcun altro organismo o struttura aziendale
- è autorizzato il libero accesso dell'OdV presso tutte le funzioni della Fondazione, senza necessità di alcun consenso preventivo, onde ottenere ogni informazione o dato ritenuto necessario per lo svolgimento dei compiti previsti dal decreto oggetto del presente modello
- l'OdV potrà avvalersi dell'ausilio di tutte le strutture della Fondazione o della quale essa si avvale perché collaborino nell'esecuzione dell'incarico sotto diretta sorveglianza e responsabilità dell'OdV stesso, nonché chiedere ai rappresentanti aziendali, di volta in volta identificati dall'OdV di partecipare alle relative riunioni;
- è attribuita all'OdV per l'espletamento delle attività proposte la possibilità di chiedere alla direzione l'attivazione di consulenze esterne previa presentazione di preventivo di spesa allegato a debita relazione sulle motivazioni che spingono l'OdV a formulare tale richiesta



### **6.5 Flussi informativi**

L'art. 6 del D. lgs 231/2001 individua specifici obblighi di informazione nei confronti dell'OdV.

E' previsto un sistema di reportistica, sistematico e strutturato, in merito a temi/fatti a rischio, la cui rilevazione ed analisi costituisca il punto dal quale possono originare azioni di riscontro e approfondimento dell'OdV su eventuali situazioni anomale e/o di reato.

A tal fine le procedure di controllo per i processi operativi e strumentali, prevedono, come componente integrante, l'attivazione di specifici flussi informativi verso l'OdV. Il numero ed il tipo di informazioni possono variare nel tempo in seguito a:

- inadeguatezza/incompletezza delle informazioni atte a fornire indicazioni utili ad agevolare l'attività di vigilanza
- rilevanti cambiamenti nell'assetto interno della Fondazione e/o delle modalità di svolgimento dell'attività
- modifiche normative al decreto di cui all'oggetto del presente modello organizzativo o che comunque prevedano nuove ipotesi di responsabilità diretta della persona giuridica

Sono inoltre definiti i seguenti ruoli e responsabilità

- referente interno all'OdV individuato nel responsabile del modello organizzativo il quale garantisce che tutte quelle informazioni richieste dall'OdV siano raccolte e trasmesse nei tempi e nei modi previsti e supporta l'OdV per tutte le analisi e gli approfondimenti richiesti; definisce ed aggiorna insieme alla direzione o alla funzione competente le "schede di segnalazione", garantisce che le informazioni inviate all'OdV siano archiviate e siano recuperabili nel tempo

Le informazioni relative ai flussi aziendali inviate all'OdV devono essere archiviate e recuperabili nel tempo sia dal RMO che dall'OdV.

L'OdV deve essere informato attraverso segnalazioni di dipendenti, dirigenti, altre società, stakeholders in generale, in merito a fatti che potrebbero generare responsabilità da parte della Fondazione ai sensi del D. lgs 231/2001.

Valgono al riguardo le seguenti indicazioni:

#### **Segnalazioni da parte di esponenti aziendali o da parte di terzi:**

- i dipendenti ed i dirigenti che siano a conoscenza di fatti o comportamenti che possano configurare una violazione del modello o che non siano in linea con le regole di condotta adottate dalla Fondazione hanno la possibilità di segnalarlo all'OdV
- I segnalanti devono essere garantiti contro qualsiasi forma di ritorsione e in ogni caso sarà assicurata la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela di chi venga accusato erroneamente e/o in mala fede
- L'OdV valuterà le segnalazioni ricevute e le eventuali conseguenti iniziative a sua discrezione e responsabilità, ascoltando eventualmente l'autore della segnalazione e/o il responsabile della presunta violazione e motivando per iscritto eventuali rifiuti di procedere ad una indagine interna
- Le segnalazioni dovranno essere in forma scritta e NON anonima, indirizzate all'OdV, utilizzando l'apposita modulistica da consegnarsi in busta chiusa che non potrà essere aperta se non che dall'OdV
- Le segnalazioni pervenute dovranno essere raccolte e conservate in apposito archivio al quale sia consentito l'accesso ai soli membri dell'OdV
- In modo analogo i consulenti hanno la facoltà di segnalare all'OdV eventuali violazioni di cui siano venuti a conoscenza

### **6.6 Obblighi di informativa relativi ad atti ufficiali**

Oltre alle segnalazioni riportate devono essere obbligatoriamente trasmesse le informazioni inerenti:

- Atti provvedimenti comunicazioni e/o notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria o altra autorità attinenti ad indagini, ove e quando emerga che le stesse sono svolte in correlazione ad ipotesi di commissione di alcuno dei reati previsti di cui al D.lgs 231/2001

- Le richieste di assistenza legale inoltrate da dipendenti, consulenti, etc. a Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus in caso di avvio di procedimento giudiziario
- I rapporti preparati dai responsabili di funzioni aziendali nell'ambito della loro attività di controllo dai quali possano emergere fatti od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza alle norme del decreto
- Le notizie relative ai procedimenti sanzionatori o provvedimenti di archiviazione degli stessi con relative motivazioni, qualora essi siano legati a commissione di reati di cui al decreto 231/2001
- L'inizio di indagini od ispezioni da parte dell'autorità giudiziaria o di controllo

Il materiale raccolto dall'OdV verrà conservato per anni 10

Di seguito l'elenco delle informazioni per le relative procedure di controllo interne dell'OdV

Erogazione/Vendita di servizi	Elenco partecipazione a gare o negoziazioni con la pubblica amministrazione
	Elenco contratti/ordini di vendita di beni/servizi stipulati
	Elenco contestazioni che la pubblica amministrazione ha formalmente inoltrato alla Fondazione
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Procedimenti giudiziari ed arbitrari	Elenco contenziosi in corso
	Elenco contenziosi conclusi
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Autorizzazioni e rapporti con la pubblica amministrazione	Elenco delle richieste per autorizzazioni, concessioni, accreditamenti
	Elenco dei relativi provvedimenti ottenuti
	Elenco delle contestazioni che la Pubblica amministrazione ha formalmente inoltrato alla Fondazione
	Rispetto dei requisiti normativi di funzionamento ed accreditamento
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Adempimenti di carattere ambientale e in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Report su ispezioni verifiche, in corso e concluse, in relazione alle attività a carattere ambientale e di sicurezza
	Eventuali non conformità/sanzioni comminate a seguito di ispezioni e verifiche
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Acquisto di beni e servizi	Elenco degli acquisti effettuati in deroga ai requisiti sopra esposti (es.: acquisti effettuati da fornitori non qualificati, acquisti svolti in mancanza di attività selettiva e comparativa, acquisti svolti da funzioni in assenza di delega formalizzata per lo svolgimento dell'attività d'acquisto)
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Selezione ed assunzione del personale	Elenco delle assunzioni effettuate in deroga al protocollo con esplicitazione delle motivazioni

	Consuntivo delle attività di formazione/informazione su modello organizzativo svolte nel periodo con espressa indicazione delle attività rivolte alle aree di rischio
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Consulenze e prestazioni professionali	Piano annuale consulenze e relativi aggiornamenti periodici
	Consuntivo attività di consulenza suddivise per fornitore
	Elenco delle attività di consulenza gestite in deroga ai principi standard
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Sponsorizzazioni liberalità	Report periodico dei progetti sponsorizzati realizzati
	Report annuale delle liberalità
	Numero di non conformità rilevate nel processo
Finanziamenti e progetti	Elenco dei finanziamenti ricevuti
	Contestazioni sollevate dalla pubblica amministrazione
	Non conformità rilevate nel processo
Gestione amministrativa e redazione del bilancio	Report annuale controllo di gestione
	Report pagamenti/incassi effettuati in contanti
	Numero non conformità rilevate nel processo
Verifica ai sensi della legge 190/2012 e successive modifiche e integrazioni	Analisi di possibili azioni di corruzione
	Numero di non conformità rilevate

## INIZIATIVA DI CONTROLLO

L'OdV avvalendosi della collaborazione delle funzioni di auditing interno (RSGQ che coincide con ROM) ovvero di consulenti esterni si attiva con specifiche attività di audit sulle realtà della Fondazione laddove coinvolte con le seguenti modalità:

- Con interventi pianificati nei quali l'attività di controllo relative all'efficacia del modello organizzativo sono parte integrante di un lavoro più ampio
- Con interventi mirati in caso di
  - a) Specifica richiesta formulata da parte degli altri organi di controllo della Fondazione
  - b) In caso di non conformità derivanti dal flusso informativo correttamente operante nell'ambito del MO

### 6.3 Strumenti di controllo e azione

L'OdV, proprio per le caratteristiche intrinseche del MO di integrazione con il sistema di gestione della qualità utilizza come strumenti di controllo ed azione quelli propri del SGI quali le non conformità, le azioni correttive preventive, i piani di attività quali il piano di formazione e di audit, il riesame della direzione ed il rapporto di verifica.

Anche per tale motivo il RSGQ tra le sue funzioni annovera quella di RMO.

## 7. OPERAZIONI PROMANATE DIRETTAMENTE DAL VERTICE AZIENDALE

Il D. lgs 231/2001 non ha modificato il sistema normativo che disciplina l'amministrazione ed il governo delle società sicché l'autonomia decisionale dei soggetti posti al vertice della Fondazione è

sostanziale e indefettibile espressione della libertà di gestione dell'azienda. Tali soggetti sono identificabili nel Consiglio di Amministrazione e nella Direzione Generale.

Il Direttore Generale in via ordinaria decide operazioni che seguono i normali criteri previsti dal MO che lo stesso conosce e condivide.

Pur tuttavia talvolta si può rendere necessario, nell'interesse della Fondazione, avviare operazioni che seguono un iter procedurale diverso da quello dettagliato nel MO a causa di situazioni di eccezionalità dovute ad esigenze di straordinaria urgenza o di particolare riservatezza od anche di singola peculiarità dell'operazione.

A queste situazioni si rivolge lo schema di controllo interno che segue.

### **7.1 Attività di controllo**

Il sistema di controllo si basa su due elementi qualificanti della tracciabilità degli atti e del flusso informativo verso l'OdV.

In particolare gli elementi specifici di controllo sono:

- Tracciabilità dell'operazione in termini di documentazione e supporti informativi atti a consentire la ricostruibilità a posteriori delle motivazioni e delle situazioni contingenti in cui si è sviluppata l'azione stessa
- Speciale riguardo deve assumere l'esplicazione ancorché in forma sintetica (ma non generica) delle ragioni e dei motivi che hanno determinato la scelta operativa. Non necessariamente devono essere esplicitate le ragioni della decisione ma le caratteristiche (ad es. riservatezza ed urgenza) che hanno reso impossibile l'attuazione della decisione secondo lo schema operativo prefissato
- Specifica informativa da parte dello stesso soggetto di vertice che ha attivato l'operazione "in deroga" verso l'OdV affinché possa attuare i dovuti riscontri con sistematicità e tempestività; l'assenza di operazioni in deroga nel periodo di riferimento dovrà comunque essere oggetto di specifica informativa all' OdV da parte del soggetto di vertice.

### **7.2 Riesame della Direzione**

Il riesame della direzione è responsabilità del Direttore generale che annualmente verifica lo stato di applicazione del MO e propone le possibili azioni di miglioramento del modello stesso.

#### Elementi in ingresso per il riesame

Gli elementi in ingresso per il riesame della Direzione comprendono informazioni riguardanti:

- L'eventuale commissione di un reato
- Le risultanze di audit precedenti condotti dall'OdV o da soggetti esterni indipendenti
- L'analisi dei rischi sulla revisione più aggiornata ed in quella immediatamente precedente
- Le relazioni dell'OdV
- Modifiche della normativa vigente
- Informazioni circa anomalie o atipicità riscontrate a tutti i livelli nello svolgimento delle normali attività con particolare riguardo a quelle che configurano comportamenti difformi dal Codice Etico o dalle disposizioni del SGRA in generale
- Eventuali segnalazioni da terze parti esterne
- Stato delle azioni correttive e preventive
- Azioni derivanti da precedenti riesami della direzione
- Modifiche organizzative che potrebbero avere effetti sul SGRA
- Raccomandazioni per il miglioramento

#### Elementi in uscita dal riesame

Gli elementi in uscita dal riesame comprendono ogni decisione ed azioni relative a:

- Al raggiungimento dell'efficacia del SGRA

- Al miglioramento ed aggiornamento dei relativi processi in relazione ai requisiti del SGRA con particolare riguardo all'analisi dei rischi
- Alle esigenze di risorse

## **8. GESTIONE E MESSA A DISPOSIZIONE DI RISORSE UMANE PER LA GESTIONE DEL MODELLO**

Il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA deve essere competente sulla base di istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriati.

La comunicazione e la formazione costituiscono strumenti essenziali al fine di una efficace implementazione e diffusione del MO e del relativo codice etico.

Le risorse umane garantiscono in stretta collaborazione e con la supervisione dell'OdV una corretta conoscenza dei principi e delle regole di condotta adottati dalla Fondazione sia alle risorse già presenti sia a quelle future con differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nei processi operativi sensibili e rilevanti.

Al momento dell'assunzione viene promossa la conoscenza del MO e del codice etico, in particolare ai neo assunti viene consegnata una informativa con riferimento all'applicazione della normativa di cui al D. lgs 231/2001 nell'ambito della Fondazione.

I corsi di formazione vengono resi disponibili in formato cartaceo dalla Fondazione e su richiesta in formato elettronico.

La partecipazione ai corsi ha carattere obbligatorio.

L'attività di formazione del personale in termini di responsabilità, pianificazione, realizzazione, verifica ed efficacia, registrazioni è gestita secondo quanto stabilito dal processo 004 PRO GRU Processo formazione continua interna..

## **9. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO**

L'art.6 del decreto oggetto del presente manuale nel ricondurre l'esonero da responsabilità dell'Ente all'adozione e alla efficace attuazione del modello ha previsto l'introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Emerge quindi la rilevanza del sistema disciplinare quale fattore essenziale del MO ai fini dell'applicabilità all'ente della "esimente" prevista dalla citata disposizione di legge.

L'applicazione del sistema disciplinare e delle relative sanzioni è indipendente dallo svolgimento e dall'esito del procedimento penale che l'autorità giudiziari abbia eventualmente avviato nel caso in cui il comportamento da censurare valga anche ad integrare una fattispecie di reato rilevante ai sensi del decreto.

Il sistema disciplinare e sanzionatorio viene costantemente monitorato dall'Organismo di Vigilanza Riferimento, per il personale dipendente, è il codice disciplinare allegato ai contratti collettivi nazionali di lavoro applicati dalla Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus. .

Le sanzioni disciplinari per il personale dipendente terranno conto in sede applicativa del principio di proporzionalità previsto dall'art. 2106 del codice civile considerandosi per ciascuna fattispecie la gravità oggettiva del fatto costituente l'infrazione disciplinare, il grado di colpa, l'eventuale reiterazione di un medesimo comportamento, nonché l'intenzionalità del comportamento stesso.

### **INFRAZIONI**

- Inosservanza sostanziale delle prescrizioni individuate nel presente manuale
- Inosservanza dei comportamenti prescritti nel codice etico e nel codice disciplinare dei pubblici dipendenti
- Inosservanza degli elementi specifici di controllo previsti nelle procedure di controllo interno per negligenza e senza l'esposizione della Fondazione ad una situazione oggettiva di pericolo

- Omissione di comunicazione dovuta all'OdV come indicata nelle procedure di controllo interno
- Comportamenti a rischio tenuti nei confronti della pubblica amministrazione
- Comportamenti a rischio che si è in concreto tradotto in un atto che espone la Fondazione anche ad una situazione oggettiva di pericolo
- Comportamento diretto in modo univoco ed intenzionale al compimento di un reato previsto dal D. lgs 231/2001
- Ogni altro e diverso comportamento tale da determinare potenzialmente l'imputazione a carico della Fondazione delle misure previste dal D. lgs 231/2001
- Comportamento che ha determinato l'applicazione delle misure previste dal D. lgs 231/2001

Ai lavoratori dipendenti non dirigenti verranno applicate le sanzioni previste dal CCNL Regioni ed autonomie locali e CCNL UNEBA secondo il contratto individuale sottoscritto.

In applicazione del principio di proporzionalità, a seconda della gravità dell'infrazione commessa, sono previste le seguenti sanzioni disciplinari

- Richiamo verbale
- Richiamo scritto
- Sospensione della retribuzione (multa) come previsto dal CCNL di lavoro applicato
- Sospensione dal lavoro e della retribuzione come previsto dal CCNL di lavoro applicato
- Licenziamento disciplinare senza preavviso come previsto dal CCNL di lavoro applicato

Per i dirigenti valgono le norme vigenti di legge e/o contrattazione collettiva, fermo restando che per le infrazioni di maggior gravità, così come individuate dal presente sistema disciplinare, la Fondazione potrà addivenire al licenziamento del dirigente autore dell'infrazione.

Per i collaboratori ed i professionisti valgono le clausole contrattuali individuali sottoscritte tenuto conto che per le infrazioni di maggior gravità, così come relazionato dall'OdV, il contratto si riterrà automaticamente decaduto al momento dell'accertamento dell'infrazione stessa.

## **10. MISURAZIONE ANALISI E MIGLIORAMENTO**

Fondazione Colturi Villa dei Pini Onlus ha formalizzato le seguenti azioni per attuare i processi di analisi e miglioramento del MO

- Attuazione del programma di audit finalizzato alla promozione di azioni correttive e preventive
- Gestione delle non conformità
- Definizione del documento obiettivi ed indicatori
- Monitoraggio delle informazioni relative alla percezione ed al grado di coinvolgimento delle parti interessate sull'importanza e corretta implementazione del SGRA
- Riesame della direzione

Il monitoraggio e la misurazione del processo avviene secondo gli strumenti e le procedure di controllo previsti dal sistema gestione della qualità in ottica di completa integrazione del MO nel sistema qualità.

Il miglioramento continuo del modello viene garantito attraverso:

- analisi dei dati
- politica per la responsabilità amministrativa
- codice etico
- obiettivi
- risultati degli audit
- azioni correttive preventive
- riesame della direzione

**Allegati**

Tabella dei reati con valutazione dei rischi

Codice Etico

Codice disciplinare CCNL Regioni autonomie locali

Codice disciplinare CCNL UNEBA