



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale A**

#### ***Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1. FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire le regole di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2. LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione sono:

- gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione ai fini dell’ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni ed altri titoli abilitativi all’esercizio dell’attività;
- gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione in occasione di visite ispettive;
- gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione per l’ottenimento di finanziamenti / contributi pubblici (anche mediante partecipazione a bandi pubblici);
- gestione dei rapporti con gli Enti certificatori;
- gestione dei contenziosi.

### Nozione di Pubblica Amministrazione

Per Pubblica Amministrazione si intendono le istituzioni pubbliche, i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio. In particolare:

- *“istituzioni pubbliche”*: si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo le amministrazioni dello Stato (quali l’Amministrazione Finanziaria, le Autorità garanti e di Vigilanza, le Autorità Giudiziarie), le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le regioni, le province, i comuni, le comunità montane, nonché i loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale. Una funzione pubblica viene rivestita, inoltre, dalla Commissione delle Comunità Europee, dal Parlamento Europeo, dalla Corte di Giustizia e dalla Corte dei Conti delle Comunità Europee;
- *“pubblici ufficiali”*: si intendono coloro i quali, pubblici dipendenti o privati, possono o devono formare e manifestare la volontà della Pubblica Amministrazione, ovvero esercitare poteri autoritativi o certificativi nell’ambito di una potestà di diritto pubblico. A titolo esemplificativo e non esaustivo sono considerati pubblici ufficiali:

i funzionari di amministrazioni dello Stato, regioni, province, comuni e loro consorzi e associazioni; i rappresentanti delle Autorità di Pubblica Sicurezza, dell’Autorità Giudiziaria, della Guardia di Finanza, dell’Agenzia delle Entrate e di altri enti pubblici non economici nazionali, i funzionari del Servizio Sanitario Nazionale, i rappresentanti delle Autorità Garanti e di Vigilanza, i funzionari dell’Ispettorato del Lavoro, dell’INAIL e dell’INPS;

- *“incaricati di pubblico servizio”*: si intendono coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio, senza essere dotati dei poteri tipici della pubblica funzione, quali quelli autoritativi e certificativi. A titolo esemplificativo e non esaustivo sono considerati incaricati di pubblico servizio i dipendenti o collaboratori di Enti o Società, di diritto pubblico o privato, che svolgono pubblici servizi, quali società concessionarie o affidatarie di pubblici servizi.

### **3. GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE AI FINI DELL’OTTENIMENTO DI ACCREDITAMENTI, AUTORIZZAZIONI ED ALTRI TITOLI ABILITATIVI ALL’ESERCIZIO DELL’ATTIVITA’**

#### **3.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello *“I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001”* per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 640 c.p. - Truffa;
  - art. 640-bis c.p. - Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
  - art. 640-ter c.p. - Frode informatica;
  - art. 316-bis c.p. - Malversazione a danno dello Stato;
  - art. 316-ter c.p. - Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l’esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione.
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente.

#### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione ai fini dell’ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni ed altri titoli abilitativi all’esercizio dell’attività e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Sanitario;

- Responsabile Affari Istituzionali;
- Facility Manager;
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (d’ora in avanti anche “RSPP”).

### 3.3 Regole di comportamento

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell’ambito dell’attività in oggetto, devono:

- ispirarsi, durante il loro operato, sempre al rispetto dei principi di probità, correttezza, trasparenza e all’osservanza delle leggi, dei regolamenti e di ogni altra normativa in ogni loro rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- qualora la Fondazione utilizzi un soggetto estraneo alla sua organizzazione per gestire specifici rapporti con la Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, portare a sua conoscenza le disposizioni contenute nel modello organizzativo, ottenendone formale accettazione, nonché ricevere dallo stesso informativa periodica in ordine alla attività assolta, ai problemi emersi ed alle criticità rilevate;
- essere destinatari di provvedimento di attribuzione di appositi poteri da parte dell’Ente;
- segnalare, senza ritardo, eventuali tentativi di richieste indebite da parte di funzionari della Pubblica Amministrazione rivolti, ad esempio, a ottenere favori, elargizioni illecite di denaro o altre utilità, anche nei confronti di terzi, nonché qualunque criticità o eventuali conflitti di interesse, al proprio responsabile gerarchico e all’Organo di Vigilanza;
- fornire, ai propri collaboratori (interni ed esterni) adeguate direttive sulle modalità di condotta da adottare, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio di reato, nei contatti formali e informali con soggetti della Pubblica Amministrazione;
- trasmettere tutte le comunicazioni previste dalla legge e dai regolamenti alle Autorità di Vigilanza, o qualsiasi altra comunicazione richiesta per altri motivi, con la massima tempestività e nel modo più completo e accurato possibile;
- evitare qualsiasi comportamento o iniziativa che si traduca in ostacoli all’acquisizione dei dati necessari da parte della Pubblica Autorità. La Fondazione è altresì tenuta a promuovere e svolgere iniziative di formazione e di aggiornamento, al fine di accrescere la conoscenza degli adempimenti di carattere societario e di migliorare le modalità di assolvimento degli adempimenti dovuti;
- assicurare che tutta la documentazione inviata a o condivisa con la Pubblica Amministrazione (compresa la documentazione inerente agli adempimenti fiscali), predisposta sia internamente che con il supporto di collaboratori / consulenti esterni, sia completa, veritiera e corretta;
- sottoporre a soggetti muniti di idonei poteri, coerentemente con il sistema di procure e deleghe in vigore, la documentazione al fine di verificarla e approvarla prima dell’inoltro alla Pubblica Amministrazione;
- garantire il monitoraggio delle scadenze fiscali e provvedere nel rispetto delle stesse all’effettuazione delle dichiarazioni fiscali e dei relativi pagamenti, nonché garantire la tracciabilità del processo relativo alla trasmissione delle dichiarazioni fiscali alle

Autorità competenti, da effettuarsi nel rispetto delle norme di legge e regolamenti;

- prevedere adeguati meccanismi di tracciabilità dei flussi informativi inviati alla Pubblica Amministrazione.

È, inoltre, espressamente vietato:

- promettere, offrire o consegnare denaro, doni o altre utilità, anche per interposta persona, a dipendenti della Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, di ogni qualifica o livello, al loro coniuge e ai di lui parenti, ovvero ai loro ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, zii, nipoti;
- determinare le decisioni con violenza, minaccia o inganno nei rapporti con funzionari dell'Assessorato regionale alla sanità, della ASL ovvero di qualsiasi altra Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee;
- tenere condotte ingannevoli nei confronti della Pubblica Amministrazione tali da indurla in errori di valutazione;
- esporre dati, notizie, informazioni false nelle comunicazioni alle Autorità Pubbliche di Vigilanza o occultare fatti che avrebbero dovuto essere comunicati;
- omettere informazioni dovute o presentare documenti e dichiarazioni non veritieri, al fine di orientare a proprio favore le decisioni della Pubblica Amministrazione e, in genere, tenere comportamenti ostruzionistici quali, a titolo puramente indicativo, opporre rifiuti pretestuosi, ritardare l'invio delle comunicazioni o la messa a disposizione della documentazione richiesta;
- laddove gli adempimenti vengano effettuati utilizzando il sistema informatico / telematico della Pubblica Amministrazione, accedere senza autorizzazione, alterare lo stesso e i dati inseriti, ovvero utilizzare in modo improprio o illecito i dati trattati, procurando un danno alla Pubblica Amministrazione stessa;
- predisporre e inviare dichiarazioni fiscali alle Autorità competenti contenenti dati falsi, artefatti, incompleti o comunque non rispondenti al vero, ovvero omettere dichiarazioni / comunicazioni di natura fiscale, dovute per legge, al fine di evadere le imposte;
- firmare atti o documenti con rilevanza all'esterno per la Fondazione (es.: requisiti di struttura, documentazione richiesta per l'accreditamento, etc.) in assenza di poteri formalmente attribuiti.

### 3.4 Presidi di controllo

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione ai fini dell'ottenimento di accreditamenti, autorizzazioni ed altri titoli abilitativi all'esercizio dell'attività.

- Il personale dell'Ufficio competente predispone la pratica di richiesta alla Pubblica Amministrazione e la relativa documentazione a supporto.
- Il Responsabile dell'Ufficio competente, o persona da questi delegata, effettua una verifica di completezza e correttezza della documentazione da inviare / trasmettere alla Pubblica Amministrazione.
- La documentazione da inviare / trasmettere alla Pubblica Amministrazione è sottoscritta da soggetti dotati di idonei poteri.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.

Con particolare riferimento alla gestione delle attività per il mantenimento dell'accreditamento si riportano di seguito i presidi di controllo.

- La documentazione da destinare ai fini dell'accreditamento alla Regione è sottoscritta da soggetti dotati di idonei poteri.
- La documentazione relativa ai requisiti per l'accreditamento è predisposta da parte del Responsabile Affari Istituzionali, su indicazione del Direttore Generale.
- La documentazione presentata alle Autorità sanitarie per il mantenimento dell'accreditamento è verificata, in merito a completezza e veridicità, da parte del Direttore Generale.
- Il RSPP, ai fini della definizione dell'autocertificazione di idoneità della struttura, effettua visite di monitoraggio periodiche delle condizioni della struttura e delle infrastrutture e della tenuta della documentazione, anche sulla base degli specifici requisiti definiti dall'Autorità competente, e predispone i relativi verbali, trasmessi al Direttore Generale per verifica / approvazione.
- I rapporti con le autorità competenti sono gestiti da parte del Responsabile Affari Istituzionali.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata a cura del Responsabile Affari Istituzionali con modalità tali da non permetterne la modificazione successiva, se non con apposita evidenza, della documentazione prodotta ai fini del mantenimento dell'accreditamento.

#### **4. GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IN OCCASIONE DI VISITE ISPETTIVE**

##### **4.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
- reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente
  - art. 2638 c.c. - Ostacolo all'esercizio delle funzioni delle Autorità Pubbliche di Vigilanza.

## 4.2 Ambito di applicazione

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione in occasione di visite ispettive e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane;
- Responsabile Amministrativo;
- Responsabile Affari Istituzionali;
- Responsabile Accoglienza e Orientamento;
- Coordinatrice Sanitaria;
- Responsabile Sanitario.

## 4.3 Regole di comportamento

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- ispirarsi, durante il loro operato, sempre al rispetto dei principi di probità, correttezza, trasparenza e all'osservanza delle leggi, dei regolamenti e di ogni altra normativa in ogni loro rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- segnalare, senza ritardo, eventuali tentativi di richieste indebite da parte di funzionari della Pubblica Amministrazione rivolti, ad esempio, a ottenere favori, elargizioni illecite di denaro o altre utilità, anche nei confronti di terzi, nonché qualunque criticità o eventuali conflitti di interesse, al proprio responsabile gerarchico e all'Organo di Vigilanza;
- garantire che alle ispezioni giudiziarie, amministrative, fiscali o previdenziali, per conto della Fondazione, intervengano i soggetti a ciò espressamente delegati ed autorizzati e che sia tenuta traccia delle ispezioni ricevute e delle relative risultanze. Di tutti i verbali va assicurata l'acquisizione e la conservazione agli atti dell'Amministrazione; ove nelle ispezioni emergano contrasti, va data pronta informazione all'Organo di Vigilanza, con apposito atto scritto;
- fornire, ai propri collaboratori (interni ed esterni) adeguate direttive sulle modalità di condotta da adottare nei contatti formali e informali con soggetti della Pubblica Amministrazione;
- prestare completa e immediata collaborazione ai funzionari della Pubblica Amministrazione durante le visite ispettive, fornendo la documentazione e le informazioni richieste in modo esaustivo e puntuale.

È, inoltre, espressamente vietato:

- promettere, offrire o consegnare denaro, doni o altre utilità, anche per interposta persona, ai funzionari della Pubblica Amministrazione durante le visite ispettive;
- tenere condotte ingannevoli nei confronti della Pubblica Amministrazione tali da indurla in errori di valutazione;
- omettere informazioni dovute o presentare documenti e dichiarazioni non veritieri, al fine di orientare a proprio favore le decisioni della Pubblica Amministrazione;
- ostacolare in qualunque modo le Autorità Pubbliche di Vigilanza nell'esercizio delle funzioni loro demandate dalla legge;

- intrattenere rapporti con la Pubblica Amministrazione per conto della Fondazione in assenza di formale autorizzazione.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione in occasione di visite ispettive.

- Le visite ispettive sono gestite dal personale degli Uffici competenti per materia, sotto la supervisione dei Responsabili degli stessi.
- La documentazione da consegnare / trasmettere ai funzionari è predisposta dal personale degli Uffici coinvolti e verificata dal Direttore Generale e dal Presidente.
- I verbali dell'ispezione predisposti dalla Pubblica Autorità sono consegnati all'Ufficio competente per le necessarie verifiche e archiviazione.
- I soggetti che si interfacciano con la Pubblica Amministrazione in occasione di visite ispettive sono a ciò espressamente delegati e autorizzati.
- Tutta la documentazione rilevante, ivi inclusi l'originale dei verbali relativi alle visite ispettive, è archiviata presso l'Ufficio coinvolto.

### **5. GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE PER L'OTTENIMENTO DI FINANZIAMENTI/CONTRIBUTI PUBBLICI (ANCHE MEDIANTE PARTECIPAZIONE A BANDI PUBBLICI)**

#### **5.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 640 c.p. - Truffa;
  - art. 640-bis c.p. - Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
  - art. 640-ter c.p. - Frode informatica;
  - art. 316-bis c.p. - Malversazione a danno dello Stato;
  - art. 316-ter c.p. - Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
  - art. 317 c.p. - Concussione;
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-quater c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione.
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente



## 5.2 Ambito di applicazione

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione per l'ottenimento di finanziamenti / contributi pubblici (anche mediante partecipazione a bandi pubblici) e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo;
- Ufficio coinvolto.

## 5.3 Regole di comportamento

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- ispirarsi, durante il loro operato, sempre al rispetto dei principi di probità, correttezza, trasparenza e all'osservanza delle leggi, dei regolamenti e di ogni altra normativa in ogni loro rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- impegnarsi, nei limiti delle rispettive competenze, ad operare affinché sia rispettato quanto previsto dalla normativa vigente in materia di finanziamento delle istituzioni sanitarie;
- essere destinatari di provvedimento di attribuzione di appositi poteri da parte della Fondazione;
- qualora l'ente utilizzi un soggetto estraneo alla sua organizzazione per gestire specifici rapporti con la Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, portare a sua conoscenza le disposizioni contenute nel modello organizzativo, ottenendone formale accettazione, nonché ricevere dallo stesso informativa periodica in ordine alla attività assolta, ai problemi emersi ed alle criticità rilevate;
- fornire, ai propri collaboratori (interni ed esterni) adeguate direttive sulle modalità di condotta da adottare nei contatti formali e informali con soggetti della Pubblica Amministrazione;
- segnalare, senza ritardo, eventuali tentativi di richieste indebite da parte di funzionari della Pubblica Amministrazione rivolti, ad esempio, a ottenere favori, elargizioni illecite di denaro o altre utilità, anche nei confronti di terzi, nonché qualunque criticità o eventuali conflitti di interesse, al proprio responsabile gerarchico e all'Organo di Vigilanza;
- porre attenzione sulla sussistenza di tutti i requisiti e presupposti occorrenti, formali e sostanziali per l'ottenimento di somme dalla Pubblica Amministrazione (pagamento delle fatture, finanziamenti per finalità particolari o altro). Per procedimenti relativi ad operazioni di particolare rischio, la Fondazione può stabilire misure ulteriori e particolari, pervenendo anche alla designazione di un Responsabile interno incaricato di vigilare e controllare il regolare svolgimento di ogni fase del procedimento;
- redigere per iscritto ogni dichiarazione resa a qualsiasi Ente od Organo pubblico al fine di ottenere erogazioni, pagamenti, contributi, sovvenzioni o simili, riportando dichiarazioni veritiere, nonché acquisire e conservare copia dell'atto negli Archivi

della Fondazione;

- garantire la completezza e la correttezza della documentazione di progetto trasmessa agli enti finanziatori;
- sottoporre a soggetti muniti di idonei poteri, coerentemente con il sistema di procure e deleghe in vigore, la documentazione, al fine di verificarla e approvarla prima dell'inoltro alla Pubblica Amministrazione.

È, inoltre, espressamente vietato:

- promettere, offrire o consegnare denaro, doni o altre utilità, anche per interposta persona, a dipendenti della Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, di ogni qualifica o livello, al loro coniuge e ai di lui parenti, ovvero ai loro ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, zii, nipoti;
- presentare dichiarazioni non veritiere ad organismi pubblici nazionali o comunitari, ovvero omettere informazioni dovute, al fine di conseguire erogazioni pubbliche, contributi o finanziamenti agevolati;
- destinare somme ricevute da organismi pubblici nazionali o comunitari a titolo di erogazioni, contributi o finanziamenti per scopi diversi da quelli cui erano destinati, anche tramite l'attività di rendicontazione dei finanziamenti stessi;
- tenere una condotta ingannevole che possa indurre gli enti finanziatori in errore di valutazione tecnico-economica della documentazione presentata;
- intrattenere rapporti con gli enti finanziatori per conto della Fondazione in assenza di formale autorizzazione, in fase di richiesta e gestione dei finanziamenti, sovvenzioni o contributi.

#### 5.4 Presidi di controllo

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione per l'ottenimento di finanziamenti / contributi pubblici (anche mediante partecipazione a bandi pubblici).

- Ogni dichiarazione resa a qualsiasi Ente od Organo pubblico al fine di ottenere erogazioni, pagamenti, contributi, sovvenzioni o simili, va redatta per iscritto e deve contenere dichiarazioni veritiere.
- La documentazione necessaria per la richiesta di partecipazione a bandi pubblici per l'ottenimento di finanziamenti è predisposta dagli Uffici competenti per materia, per ciò che concerne gli aspetti tecnici, con l'eventuale supporto del Responsabile Amministrativo, per ciò che concerne gli aspetti amministrativi ed economico-finanziari.
- La documentazione trasmessa, a seguito di debita verifica, è sottoscritta da soggetti dotati di idonei poteri.
- I preposti alla verifica ed ai controlli su adempimenti finalizzati ad ottenere somme dalla Pubblica Amministrazione (pagamento delle fatture, finanziamenti per finalità particolari o altro) devono porre attenzione sulla sussistenza di tutti i requisiti e presupposti occorrenti, formali e sostanziali.
- In caso di finanziamento del progetto, il Responsabile Amministrativo è responsabile, sulla base dei dati e informazioni trasmessi dagli Uffici competenti (e.g. costi di progetto sostenuti), delle attività di monitoraggio, consuntivazione e rendicontazione previste dalla progettualità stessa.

- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.

## **6. GESTIONE DEI RAPPORTI CON GLI ENTI CERTIFICATORI**

### **6.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

### **6.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rapporti con gli enti certificatori e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Affari Istituzionali.

### **6.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- intrattenere rapporti corretti, trasparenti, imparziali e collaborativi con i rappresentanti degli enti certificatori;
- fornire, ai propri collaboratori (interni ed esterni) adeguate direttive sulle modalità di condotta da adottare nei contatti formali e informali con rappresentanti degli enti certificatori accreditati;
- prestare completa e immediata collaborazione ai rappresentanti degli enti certificatori accreditati durante le ispezioni, fornendo puntualmente ed esaurientemente la documentazione e le informazioni richieste.

È, inoltre, espressamente vietato:

- corrispondere, promettere od offrire, direttamente o indirettamente, pagamenti impropri o altre utilità non dovute agli enti certificatori o a chiunque effettui attività per gli stessi, al fine di influenzarne l'obiettività di giudizio in sede di certificazione;
- cedere a raccomandazioni o pressioni improprie provenienti dai rappresentanti degli enti certificatori;
- tenere condotte ingannevoli nei confronti dei rappresentanti degli enti certificatori tali da indurli in errori di valutazione.

### **6.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con gli Enti certificatori.

- I rapporti con gli Enti Certificatori sono regolati da appositi contratti autorizzati e sottoscritti da soggetti dotati di idonei poteri.

- La documentazione, sulla base delle richieste presentate dall'Ente Certificatore, è predisposta dal personale dell'Ufficio competente e verificata dal Responsabile dello stesso.
- In caso di visite ispettive in loco, al termine delle stesse, salvo eccezioni, l'Ente Certificatore emette un rapporto di chiusura sottoposto alla verifica del Responsabile Affari Istituzionali e/o del Responsabile dell'Ufficio competente.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio del Responsabile Affari Istituzionali.

## 7. GESTIONE DEI CONTENZIOSI

### 7.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 319-ter c.p. - Corruzione in atti giudiziari;
- reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2621 c.c. - False comunicazioni sociali;
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (richiamato dall'art. 25-decies del D.Lgs. 231/2001).

### 7.2 Ambito di applicazione

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei contenziosi e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Ufficio coinvolto.

### 7.3 Regole di comportamento

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- devono essere destinatari di provvedimento di attribuzione di appositi poteri da parte della Fondazione;
- astrarre da qualsiasi forma di intrattenimento o di sollecitazione nei confronti di persone che o sono state chiamate a rendere dichiarazioni al Giudice penale o sono potenzialmente esposte all'eventualità della suddetta chiamata;
- assicurare che i rapporti intrattenuti con l'Autorità Giudiziaria avvengano nell'assoluto rispetto delle leggi e normative vigenti nonché dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza esposti nel Codice Etico adottato dal Gruppo;

- prestare completa e immediata collaborazione all’Autorità Giudiziaria, fornendo puntualmente ed esaustivamente la documentazione e le informazioni richieste;
- sottoporre ai soggetti muniti di idonei poteri, in base al sistema di procure e deleghe in essere, la documentazione al fine di verificarla ed approvarla prima dell’inoltro all’Autorità Giudiziaria;
- rendere sempre all’Autorità Giudiziaria dichiarazioni veritiere, complete, corrette e rappresentative dei fatti;
- esprimere liberamente le proprie rappresentazioni dei fatti, se indagati o imputati in procedimenti penali;
- avvertire tempestivamente il proprio responsabile gerarchico di ogni minaccia, pressione, offerta o promessa di denaro o altre utilità, ricevuta al fine di alterare le dichiarazioni da rendere nell’ambito di procedimenti penali;
- garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione prodotta e consegnata al fine di garantire la tracciabilità delle varie fasi del processo.

È, inoltre, espressamente vietato:

- ricevere denaro, doni o qualsiasi altra utilità, o di accettarne la promessa, da chiunque sia, in rapporto con la Fondazione e voglia conseguire indebitamente un trattamento in violazione della normativa di legge;
- corrispondere o offrire, direttamente o indirettamente, anche sotto forme diverse di aiuti o contribuzioni (es. sponsorizzazioni e liberalità), pagamenti o benefici materiali a pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio o a persone a questi vicini nonché a rappresentanti di controparti private coinvolte in procedimenti giudiziari, per influenzare il loro comportamento e assicurare vantaggi di qualunque tipo alla Fondazione;
- porre in essere (direttamente o indirettamente) qualsiasi attività che possa favorire o danneggiare una delle parti in causa, nel corso di procedimenti civili, penali o amministrativi;
- esibire documenti falsi o alterati;
- condizionare o indurre, in qualsiasi forma e con qualsiasi modalità, la volontà dei soggetti chiamati a rispondere all’Autorità Giudiziaria al fine di non rendere dichiarazioni o rendere dichiarazioni non rispondenti al vero.

#### **7.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell’ambito della gestione dei contenziosi.

- L'avvio di cause, arbitrati o simili procedimenti che prevedono risarcimenti o spese legali è autorizzato da personale dotato di idonei poteri.
- La selezione e gestione di eventuali nuovi consulenti esterni e legali che supportano la Fondazione nello svolgimento delle attività rientranti in questo ambito, è disciplinata dall’attività sensibile “Gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali” (per cui si rimanda alla Parte Speciale E).
- L'Ufficio competente per materia, svolte le attività istruttorie del caso, sulla base degli elementi in proprio possesso, elabora con il supporto del/dei legale/i esterni la strategia da adottare, la quale viene valutata dal Presidente.

- La documentazione inviata all'Autorità Giudiziaria (e.g. mezzi probatori, atti di causa, scritti difensivi, ecc.), debitamente verificata in termini di correttezza e accuratezza, è sottoscritta da soggetti muniti di idonei poteri.
- I rapporti con le Autorità pubbliche in occasione di contenziosi sono gestiti da soggetti dotati di idonei poteri.
- Eventuali accordi transattivi sono autorizzati da soggetti dotati di idonei poteri.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso la presso l'Ufficio competente.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale B**

#### ***Amministrazione e Finanza***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire le regole di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito dei processi relativi alla gestione di amministrazione e finanza sono:

- gestione della contabilità generale e predisposizione del bilancio d’esercizio;
- gestione dei rapporti con i Revisori;
- gestione dei flussi monetari e finanziari:
  - gestione dei conti correnti bancari e dei rapporti con gli istituti di credito;
  - gestione pagamenti e incassi;
  - gestione della piccola cassa;
  - gestione della piccola cassa pazienti;
  - gestione delle operazioni finanziarie;
  - gestione dei finanziamenti di natura bancaria;
- gestione degli affari societari.

## 3 GESTIONE DELLA CONTABILITÀ GENERALE E PREDISPOSIZIONE DEL BILANCIO D’ESERCIZIO

### 3.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati societari (richiamati dall’art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2621 c.c. - False comunicazioni sociali;
  - art. 2625 c.c. - Impedito controllo;
  - art. 2629 c.c. - Operazioni in pregiudizio dei creditori;
  - art. 2638 c.c. - Ostacolo all’esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza.



### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione della contabilità generale e predisposizione del bilancio d'esercizio e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- osservare un comportamento corretto, nel rispetto delle regole di legge e delle procedure aziendali, nelle attività volte alla formazione del Bilancio, alla predisposizione dei budget ed in ogni comunicazione rivolta a terzi, fornendo, in ogni caso, informazioni veritiere corrette sulla destinazione patrimoniale, economica e finanziaria della Fondazione;
- osservare le regole di corretta, completa e trasparente registrazione contabile, secondo i criteri indicati dalla legge e dai principi contabili adottati;
- fornire informazioni veritiere e corrette sulla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione e sull'evoluzione delle relative attività;
- garantire la tempestività, l'accuratezza e il rispetto del principio di competenza nell'effettuazione delle registrazioni contabili;
- assicurare che ogni operazione sia, oltre che correttamente registrata, anche autorizzata, verificabile, legittima e coerente con la documentazione di riferimento;
- rispettare i criteri di ragionevolezza e prudenza nella valutazione e registrazione delle poste contabili, anche valutative/estimative, tenendo traccia dei parametri di valutazione e dei criteri che hanno guidato la determinazione del valore;
- garantire la completa tracciabilità dell'iter decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte e conservare agli atti adeguata documentazione di supporto tale da consentire un'agevole registrazione contabile, la ricostruzione dell'operazione e l'individuazione di eventuali responsabilità;

È, inoltre, espressamente vietato:

- formare dolosamente in modo falso o artefatto documenti aziendali o istituzionali;
- registrare in contabilità operazioni a valori non corretti rispetto alla documentazione di riferimento, oppure a fronte di transazioni inesistenti in tutto o in parte, o senza un'adeguata documentazione di supporto che ne consenta una corretta rilevazione contabile e, successivamente, una ricostruzione accurata;
- indicare, al fine di evadere le imposte sui redditi o sul valore aggiunto, nelle dichiarazioni relative a dette imposte, elementi attivi per un ammontare inferiore a quello effettivo o elementi passivi fittizi o inesistenti o crediti e ritenute fittizi;
- omettere di comunicare dati e informazioni imposti dalla legge riguardo alla situazione economica, patrimoniale e finanziaria della Fondazione;
- omettere di segnalare eventuali registrazioni illegittime, non corrette, false o che corrispondano a operazioni sospette o in conflitto di interessi;

- porre in essere attività e/o operazioni volte a creare disponibilità extracontabili, ovvero finalizzate alla creazione di “fondi neri” o di “contabilità parallele”;
- alterare, occultare o distruggere documenti e informazioni finanziarie e contabili disponibili in formato cartaceo e/o elettronico.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell’ambito delle attività relative alla gestione della contabilità generale e predisposizione del bilancio d’esercizio.

#### Gestione dei profili di accesso al sistema contabile

- In generale, le registrazioni contabili sono effettuate, da parte del Responsabile Amministrativo, con l’ausilio del consulente esterno, attraverso l’applicativo informatico dedicato, che garantisce la tracciabilità delle operazioni e l’esecuzione automatica di controlli contabili preimpostati.
- L’accesso al sistema informatico della contabilità è consentito al personale autorizzato tramite l’utilizzo di User ID e Password.

#### Gestione del Piano dei conti

- Il Responsabile Amministrativo, insieme al consulente esterno, è responsabile di definire la struttura e l’articolazione del Piano dei conti, nonché della gestione dello stesso.
- Il Responsabile Amministrativo, insieme al consulente esterno, crea i nuovi conti a sistema / modifica i conti esistenti su richiesta del Direttore Generale o sulla base di esigenza emersa all’interno dello stesso Ufficio.
- Il Piano dei conti è costantemente monitorato e rivisto con cadenza periodica a cura del Responsabile Amministrativo.

#### Attività di chiusura

- Il Responsabile Amministrativo, insieme al consulente esterno, verifica il completamento delle attività relative alle chiusure di bilancio e raccoglie le informazioni necessarie alla predisposizione del bilancio dai referenti coinvolti, adeguatamente autorizzate.
- Ogni Ufficio è responsabile delle voci contabili di propria competenza e garantisce la correttezza, completezza e affidabilità delle informazioni comunicate al Responsabile Amministrativo per le attività di chiusura contabile.
- In sede di chiusura di bilancio, il Responsabile Amministrativo, insieme al consulente esterno, effettua le scritture di assestamento/chiusura, successivamente validate dal Responsabile dello stesso.
- Il periodo contabile, una volta completate le registrazioni, viene bloccato al fine di impedire ulteriori scritture non autorizzate.
- Il Responsabile Amministrativo, insieme al consulente esterno, effettua un’analisi delle voci di bilancio caratterizzate da un’elevata componente valutativa, o da specifici fattori di complessità correlati all’applicazione dei principi contabili, o non ricorrenti. Il Direttore Generale vaglia e valida le analisi svolte.
- Il Responsabile Amministrativo procede al calcolo delle imposte, con il supporto del consulente esterno.
- Il Responsabile Amministrativo, con il supporto del Direttore Generale, effettua la quadratura / verifica del bilancio di verifica.

- Il Responsabile Amministrativo effettua un'analisi degli scostamenti fra risultati effettivi e risultati attesi a livello di budget (definito principalmente sulla base dei dati storici), nonché un confronto con l'esercizio precedente.

#### Predisposizione e approvazione del bilancio

- Il Responsabile Amministrativo predispone, con l'ausilio dell'applicativo informatico, la bozza degli schemi di bilancio, della nota integrativa e della relazione sulla gestione, con il supporto del consulente esterno.
- Il Responsabile Amministrativo verifica / valida i predetti documenti di bilancio.
- I documenti di bilancio sono trasmessi al Revisore Legale, al fine di consentire l'effettuazione dei controlli propedeutici al rilascio della Certificazione di Bilancio.
- I progetti di bilancio sono presentati dal Responsabile Amministrativo, dal consulente esterno, dal Direttore Generale e dal Presidente al Consiglio di Amministrazione, che verifica e licenzia i progetti di bilancio.
- L'intero processo di tenuta della contabilità e predisposizione del bilancio è gestito, ove applicabile, a sistema, il quale ne garantisce la tracciabilità.
- Ogni Ufficio garantisce evidenza documentale delle elaborazioni effettuate, delle modalità di determinazione dei dati oggetto delle registrazioni contabili e dei controlli svolti sul merito di tali dati.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.

## **4 GESTIONE DEI RAPPORTI CON I REVISORI**

### **4.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2625 c.c. - Impedito controllo;
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

### **4.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione rapporti i Revisori e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo.

### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- fornire, al Collegio dei Revisori dati veritieri e certi, evitando ogni sorta di atteggiamento falso o lacunoso o, comunque, non rispondente alla realtà;

- evitare qualsiasi comportamento o iniziativa che possa risultare ostativa allo svolgimento delle funzioni del Collegio dei Revisori;
- garantire la completa tracciabilità dell'iter decisionale, autorizzativo e delle attività di controllo svolte e conservare agli atti adeguata documentazione di supporto tale da consentire un'agevole registrazione contabile, la ricostruzione dell'operazione e l'individuazione di eventuali responsabilità;
- tenere un comportamento corretto, trasparente e collaborativo nei confronti dei Revisori allo scopo di permettere loro l'espletamento delle attività a essi attribuite *ex lege*;
- assicurare il regolare funzionamento della Fondazione e degli Organi, garantendo e agevolando ogni forma di controllo interno sulla gestione;
- evadere in modo tempestivo e completo le richieste di documentazione avanzate dai Revisori nel corso delle attività di verifica e valutazione dei processi amministrativo-contabili.

È, inoltre, espressamente vietato:

- fornire documenti e informazioni incompleti o fuorvianti o occultare documenti e informazioni richiesti dai Revisori o ostacolarne in qualsiasi modo lo l'attività di controllo;
- promettere o offrire somme di denaro o altre utilità, sotto qualsiasi forma, ai Revisori con la finalità di favorire gli interessi della Fondazione.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con i Revisori.

- Il Responsabile Amministrativo è responsabile di coordinare la gestione dei rapporti con i Revisori.
- Il Responsabile Amministrativo si occupa di assistere gli Organi di Controllo nel corso delle verifiche periodiche e soddisfare le richieste informative di carattere ordinario e straordinario da loro avanzate, eventualmente con il supporto del consulente esterno, del Direttore Generale o del Presidente per questioni di particolare rilievo.
- La documentazione di maggior rilevanza fornita ai Revisori è preliminarmente verificata in termini di correttezza e completezza dal Responsabile Amministrativo.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio Amministrativo.

## **5 GESTIONE DEI FLUSSI MONETARI E FINANZIARI**

### **5.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati verso la Pubblica Amministrazione (richiamati dall'art. 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;

- art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
- art.353 c.p. - Turbata libertà degli incanti;
- art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente;
- i reati di criminalità organizzata (richiamati dall’art. 24-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 416 c.p. - Associazione per delinquere;
- falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (richiamati dall’art. 25-bis del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 457 c.p. - Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede;
- i reati societari (richiamati dall’art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (richiamati dall’art. 25-octies del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-bis c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-ter c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-ter.1 c.p. - Autoriciclaggio.

## **5.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei flussi monetari e finanziari e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo;
- Responsabile Accoglienza e Orientamento.

## **5.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell’ambito dell’attività in oggetto, devono:

- conservare il denaro contante in una cassaforte, della cui custodia dovranno essere preventivamente individuati i responsabili;
- effettuare le operazioni in contanti solo se specificatamente autorizzati;
- in caso di introito di monete falsificate, effettuare le denunce del caso;
- utilizzare in via preferenziale il canale bancario nell’effettuazione delle operazioni di pagamento derivanti da rapporti di acquisto di beni o servizi. L’utilizzo di pagamenti in contanti deve essere limitato ai soli casi espressamente consentiti, nei limiti delle necessità della Fondazione e comunque per importi di modico valore e nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente in materia di strumenti di pagamento;
- operare nel rispetto della normativa vigente in materia di strumenti di incasso e pagamento, tracciabilità dei flussi finanziari e antiriciclaggio;
- operare in coerenza con il sistema di procure e deleghe in vigore;
- effettuare controlli formali e sostanziali sui flussi finanziari aziendali, con riferimento ai pagamenti;

- utilizzare la clausola di non trasferibilità per le operazioni a mezzo assegno bancario;
- consentire la tracciabilità dell'iter decisionale e autorizzativo e delle attività di controllo svolte nell'ambito del processo di gestione dei flussi monetari e finanziari;
- disporre pagamenti congrui con la documentazione sottostante (a titolo esemplificativo, fattura autorizzata) e sul conto corrente indicato dal fornitore;
- conservare la documentazione giustificativa a supporto dei flussi finanziari e dei movimenti di cassa.

È, inoltre, espressamente vietato:

- consentire che le risorse finanziarie dell'Ente e la relativa movimentazione possano non essere registrati documentalmente;
- ricevere o effettuare pagamenti in contanti per importo superiore ad Euro 900,00;
- aprire conti o libretti di risparmio in forma anonima o con intestazione fittizia e utilizzare conti aperti presso filiali in Paesi esteri ove ciò non sia correlato alla sottostante attività;
- detenere conti correnti che possono essere considerati come inattivi o poco movimentati, se questi non sono funzionali allo svolgimento di operazioni correlate alle attività della Fondazione;
- condurre le attività relative alla gestione dei flussi monetari e finanziari in maniera "anomala", impiegando, sostituendo o trasferendo disponibilità finanziarie di provenienza illecita, in modo da ostacolare l'identificazione della loro provenienza delittuosa;
- effettuare operazioni idonee a favorire il riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite o criminali;
- approvare fatture passive a fronte di prestazioni simulate o inesistenti in tutto o in parte;
- creare fondi a fronte di pagamenti non giustificati (in tutto o in parte);
- detenere/trasferire denaro contante o libretti di deposito bancari o postali al portatore o titoli al portatore in euro o in valuta estera per importi, anche frazionati, complessivamente pari o superiori ai limiti previsti dalla normativa;
- emettere assegni bancari e postali per importi pari o superiori ai limiti previsti dalla normativa che non rechino l'indicazione del nome o della ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità;
- effettuare bonifici, anche internazionali, senza l'indicazione della controparte;
- effettuare pagamenti:
  - non adeguatamente documentati, giustificati e autorizzati;
  - in paesi diversi da quelli in cui risiede la controparte o in cui ha esecuzione il contratto;
  - in contanti a fornitori oltre i limiti previsti dalla normativa;
  - frazionati se non supportati da accordi commerciali (quali anticipo e saldo alla consegna e pagamenti rateizzati);
- corrispondere o offrire / promettere pagamenti o elargizioni di denaro o altre utilità a pubblici funzionari, incaricati di pubblico servizio o altre controparti terze con cui la Fondazione intrattenga rapporti (o persone a questi vicini) per assicurare vantaggi di qualunque tipo alla Fondazione.

#### **5.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito delle attività relative alla gestione dei flussi monetari e finanziari.

##### **5.4.1 Gestione dei conti correnti bancari e dei rapporti con gli istituti di credito**

- Le operazioni di apertura e chiusura di conti correnti bancari sono eseguite/gestite dal Responsabile Amministrativo. In particolare, il Responsabile Amministrativo, in coordinamento con il Direttore Generale e il Presidente, è responsabile della negoziazione delle condizioni economiche e contrattuali con gli istituti di credito.
- Le operazioni di apertura e chiusura di conti correnti bancari sono autorizzate e sottoscritte da soggetto dotato di idonei poteri.
- Il Responsabile Amministrativo esegue, con cadenza periodica, le riconciliazioni bancarie.

##### **5.4.2 Gestione dei pagamenti e degli incassi**

- Il Responsabile Amministrativo verifica, al fine di procedere alla registrazione delle fatture, che le forniture di beni / servizi siano supportate da ordini di acquisto / contratti con i fornitori riportanti le condizioni economiche delle forniture stesse.
- Il Responsabile Amministrativo, prima di procedere al pagamento, verifica che la struttura coinvolta nell'acquisto abbia effettuato la verifica di corrispondenza tra ordine, entrata merci / servizi e fattura (c.d. "3-way match").
- Il Responsabile Amministrativo, sulla base dei pagamenti in scadenza, predispone le proposte di pagamento, le quali sono presentate ed autorizzate dal Presidente.
- Il Responsabile Amministrativo elabora, mediante apposito applicativo informatico, le distinte di pagamento.
- L'accesso al sistema di home banking è consentito in modalità internet con ID Utente e password a soggetti dotati di idonei poteri.
- Le disposizioni di pagamento sono autorizzate da soggetto dotato di idonei poteri.
- Al fine di garantirne la tracciabilità, i pagamenti verso i fornitori sono disposti solo verso conti correnti indicati dagli stessi al momento della stipula del contratto o successivamente tramite comunicazioni scritte degli stessi.
- Sugli assegni bancari ricevuti / emessi è apposta la clausola di non trasferibilità.
- Con riferimento agli incassi, il Responsabile Amministrativo verifica periodicamente la ricezione degli stessi mediante estrazione da sistema.

##### **5.4.3 Gestione della piccola cassa**

- Qualora sia necessario utilizzare le disponibilità di cassa, il dipendente che richiede l'acquisto compila apposito modulo di richiesta, indicando il bene richiesto e la motivazione della spesa.
- Il Responsabile Amministrativo autorizza l'acquisto apportando la firma al modulo di richiesta, sottoscritto a sua volta dal soggetto richiedente e dal suo Responsabile.
- Il Responsabile Amministrativo, responsabile della gestione della piccola cassa, registra le movimentazioni di cassa in apposito registro.
- Le movimentazioni della piccola cassa sono documentate dai relativi giustificativi consegnati al Responsabile Amministrativo.
- Il Responsabile Amministrativo esegue, con cadenza periodica, la conta di cassa e la relativa riconciliazione, tenendo traccia dei controlli effettuati ed archiviando la relativa documentazione.

- L'eventuale reintegro della cassa tramite prelievi bancari è autorizzato dal Responsabile Amministrativo.

#### 5.4.4 Gestione della piccola cassa ospiti

- Il Responsabile Accoglienza e Orientamento è responsabile della gestione della piccola cassa ospiti (laddove privi di assistenza familiare nelle vicinanze, ovvero se assistiti da tutore legale).
- Il Responsabile Accoglienza e Orientamento effettua richiesta telefonica o tramite posta elettronica al Comune di Sesto San Giovanni di somme di denaro per conto degli ospiti assistiti da tutore legale.
- Il Responsabile Accoglienza e Orientamento deposita le somme di denaro ricevute nella piccola cassa ospiti e procede contestualmente alla registrazione delle entrate, così come di ogni uscita.

#### 5.4.5 Gestione delle operazioni finanziarie

- Il Responsabile Amministrativo è responsabile della gestione delle operazioni di natura finanziaria sotto la supervisione del Presidente.
- Il Presidente verifica che l'operazione abbia caratteristiche e importi coerenti rispetto al profilo economico - patrimoniale dell'Ente e all'oggetto della stessa.
- Le operazioni finanziarie sono approvate dal Consiglio di Amministrazione.

#### 5.4.6 Gestione dei finanziamenti di natura bancaria

- Il Responsabile Amministrativo, in accordo con il Direttore Generale ed eventualmente con il supporto del consulente esterno, seleziona un gruppo di banche di riferimento e richiede informazioni in merito alle condizioni applicate.
- Il Responsabile Amministrativo, in accordo con il Direttore Generale ed eventualmente con il supporto del consulente esterno, seleziona la proposta dell'istituto di credito le cui condizioni sono ritenute maggiormente vantaggiose e aderenti ai parametri richiesti.
- Il contratto di finanziamento, debitamente verificato dal Responsabile Amministrativo, è presentato dal Presidente al Consiglio di Amministrazione, che ne autorizza la sottoscrizione.
- Le attività in oggetto sono gestite, ove applicabile, a sistema, il quale ne garantisce la tracciabilità.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.

## 6 GESTIONE DEGLI AFFARI SOCIETARI

### 6.1 I reati e gli illeciti amministrativi potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2625 c.c. - Impedito controllo;
  - art. 2636 c.c. - Illecita influenza sull'assemblea.



## **6.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione degli affari societari e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Staff Direttore Generale.

## **6.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- operare in coerenza con il sistema di deleghe e procure in essere;
- assicurare il regolare funzionamento della Fondazione e degli organi sociali, garantendo e agevolando ogni forma di controllo interno previsto dalla legge, nonché la libera e corretta formazione della volontà assembleare e mantenendo traccia di tutta la documentazione richiesta e consegnata agli organi di controllo nonché di quella utilizzata nell'ambito delle attività assembleari.

È, inoltre, espressamente vietato:

- determinare o influenzare l'assunzione delle deliberazioni dell'assemblea, ponendo in essere atti simulati o fraudolenti finalizzati ad alterare il regolare procedimento di formazione della volontà assembleare.

## **6.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito delle attività relative alla gestione degli affari societari.

- La convocazione e il funzionamento del Consiglio di Amministrazione sono gestiti secondo le modalità ed entro i termini previsti dalla legge e dallo Statuto della Fondazione.
- L'ordine del giorno e la relativa documentazione da presentare in Consiglio di Amministrazione sono definiti dal Presidente o dagli Amministratori dalla cui iniziativa è partita la convocazione.
- Tutte le decisioni prese durante il Consiglio di Amministrazione e dal Presidente sono verbalizzate dallo Staff della Direzione Generale.
- Tutta la documentazione prodotta a supporto delle decisioni prese in Consiglio di Amministrazione e dal Presidente è archiviata e conservata ai sensi di legge presso l'ufficio dello Staff della Direzione Generale.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale C**

#### ***Gestione del personale***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione del personale sono:

- gestione delle attività di ricerca, selezione e assunzione del personale:
  - gestione delle attività di ricerca, selezione e assunzione del personale sanitario e infermieristico;
  - gestione delle attività di ricerca, selezione e assunzione del personale non sanitario e infermieristico;
- gestione di bonus, aumenti retributivi e avanzamenti di carriera;
- gestione amministrativa del personale;
- gestione di trasferte e rimborsi spese;
- gestione dei rapporti con le rappresentanze sindacali.

## 3 GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA, SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE

### 3.1 I reati potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 640 c.p. - Truffa;
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l’esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;

- art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i delitti contro la personalità individuale (richiamati dall'art. 25-quinquies del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 603-bis c.p. - Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro;
- il reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (richiamato dall'art. 25-duodecies del D.Lgs. 231/2001), di cui all'art. 22 co. 12-bis, D.Lgs. 286/2008 (cd. Testo Unico sull'Immigrazione).

### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle attività di ricerca, selezione e assunzione del personale e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane;
- Responsabile Sanitario;
- Coordinatore Sanitario.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- rispettare le normative sul lavoro vigenti (ad esempio in termini di contributi previdenziali e assistenziali, permessi di soggiorno, ecc.);
- assicurare condizioni di lavoro rispettose della dignità personale, delle pari opportunità, nonché un ambiente di lavoro adeguato;
- operare nel rispetto del criterio di meritocrazia e nel rispetto delle reali esigenze della Fondazione;
- verificare preventivamente le informazioni disponibili sui candidati al fine di instaurare rapporti unicamente con soggetti che godano di buona reputazione, che siano impegnati solo in attività lecite e la cui cultura etica sia comparabile a quella della Fondazione;
- effettuare le attività di selezione e assunzione esclusivamente sulla base delle valutazioni di idoneità tecnica, etica e attitudinale; l'attività deve essere ispirata a criteri di trasparenza nella valutazione dei requisiti di competenza e professionalità, di capacità e potenzialità individuale;
- verificare che la definizione delle condizioni economiche sia coerente con la posizione ricoperta e le responsabilità/compiti assegnati;
- provvedere affinché gli adempimenti obbligatori previsti in caso di assunzione del personale, nonché in relazione alla gestione amministrativa dello stesso, siano predisposti con la massima diligenza e professionalità, in modo da fornire informazioni chiare, accurate, complete, fedeli e veritiere e i rapporti con i Funzionari Pubblici siano improntati alla massima trasparenza, collaborazione, disponibilità e nel pieno rispetto del ruolo istituzionale;
- garantire la tracciabilità delle procedure di selezione e assunzione e la corretta archiviazione della documentazione attestante il loro corretto svolgimento.

È, inoltre, espressamente vietato:

- assumere alle dipendenze della Fondazione ex impiegati della Pubblica Amministrazione, dello Stato o delle Comunità europee, nei due anni successivi al compimento di un atto, di competenza di uno dei predetti soggetti ed espressione del suo potere discrezionale, da cui sia derivato un vantaggio per la Fondazione. Lo stesso divieto dovrà essere previsto per i casi di omissione o ritardo di un atto svantaggioso per la Fondazione;
- operare secondo logiche di favoritismo;
- promettere o concedere promesse di assunzione quale contropartita di attività difforme dalle leggi e dalle norme e regole interne;
- selezionare dipendenti vicini o suggeriti da funzionari pubblici o da qualsiasi soggetto terzo privato o corrispondere loro un compenso superiore a quello dovuto o di mercato, al fine di assicurare vantaggi di qualunque tipo alla Fondazione;
- inserire, nell'anagrafica del personale, dipendenti fittizi allo scopo di creare disponibilità extracontabili o per ottenere agevolazioni di qualsivoglia natura;
- assumere personale, anche per contratti temporanei, senza il rispetto delle normative vigenti in materia (ad esempio in termini di contributi previdenziali ed assistenziali, permessi di soggiorno, etc.);
- assumere o impiegare lavoratori minorenni o lavoratori stranieri privi di permessi di soggiorno, ovvero il cui permesso sia scaduto (e per il quale non si sia richiesto il rinnovo), revocato o annullato.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione delle attività di ricerca, selezione e assunzione del personale del personale sanitario e infermieristico e del personale non sanitario e infermieristico.

- I processi di ricerca e selezione sono avviati su richiesta dell'Ufficio/Responsabile interessato al Responsabile Risorse Umane. Al bisogno viene predisposta una *job description* che dettaglia le caratteristiche della posizione ricercata, in considerazione della tipologia di servizio da erogare, del fabbisogno dell'organizzazione, del background formativo, delle capacità e delle conoscenze ed esperienze ritenute necessarie.
- La ricerca dei candidati è eseguita con differenti modalità, di volta in volta stabilite in funzione della posizione e del numero di operatori da selezionare (e.g. coinvolgimento di Enti di formazione, accesso a banche dati di Università, pubblicazione annunci su web o mezzo stampa, candidature spontanee).
- Tutti i *curricula* raccolti sono archiviati in formato cartaceo ed elettronico dall'Ufficio Risorse Umane, il quale esegue un primo screening degli stessi (che può essere eseguito, in caso di figure apicali, con il supporto di una società di head hunting) e contatta la rosa dei candidati prescelti per invitarli a sostenere un colloquio conoscitivo.
- Per ciò che concerne il personale medico, lo *screening* dei *curricula* è effettuato dal Responsabile Sanitario, mentre con riferimento al personale infermieristico lo *screening* è effettuato dal Coordinatore Sanitario.

- L'Ufficio / il Responsabile richiedente, congiuntamente con il Responsabile Risorse Umane ed il Direttore Generale, conduce un primo colloquio volto ad effettuare una valutazione motivazionale ed attitudinale dei candidati.
- Laddove il primo colloquio abbia esito positivo, il candidato è sottoposto ad un secondo colloquio, volto a valutarne le caratteristiche tecniche, da parte dei medesimi soggetti.
- Le valutazioni relative ai candidati sottoposti a colloquio, nonché l'esito finale dei colloqui, sono formalizzati in apposito documento, ovvero annotate sui *curricula* degli stessi, i quali sono archiviati a cura del Responsabile Risorse Umane.
- La selezione finale del candidato ritenuto idoneo è effettuata congiuntamente dal Responsabile Risorse Umane, dall'Ufficio/Responsabile richiedente e dal Direttore Generale. Per ciò che concerne i soggetti apicali, la scelta è effettuata da parte del CdA e della società di *head hunting*.
- La proposta economica da sottoporre al candidato prescelto è verificata e approvata dal Responsabile Risorse Umane.
- Il Responsabile Risorse Umane assicura che la definizione delle condizioni economiche sia sempre coerente con i livelli di mercato, le politiche aziendali, la posizione ricoperta dal candidato e le responsabilità / compiti assegnati e con il contratto applicato.
- Al momento della proposta di assunzione, il Responsabile Risorse Umane richiede al candidato di presentare, fra gli altri, i seguenti documenti: attestato di studio, attestati di formazione conseguiti e curriculum vitae (se non già consegnato), nonché di sottoscrivere / compilare alcuni documenti (e.g. privacy, dichiarazioni fiscali, dati bancari, scelta di destinazione del TFR).
- Nel caso in cui il processo di selezione ed assunzione riguardi lavoratori stranieri, il personale competente della Funzione Amministrazione del personale verifica che il candidato sia in possesso di documenti di soggiorno validi, richiedendo, al momento della proposta di assunzione, copia del permesso di soggiorno.
- Una volta verificata la validità della documentazione presentata dal candidato, il Responsabile Risorse Umane predispone il contratto di assunzione, sulla base degli standard esistenti.
- I contratti di assunzione predisposti sono sottoscritti da soggetti dotati di idonei poteri.
- Contestualmente alla firma del contratto, ai neo-assunti è consegnato il badge per la rilevazione delle presenze, il cartellino identificativo, l'eventuale divisa e DPI necessari. È altresì richiesto, agli stessi, di sottoscrivere il Modello 275 per presa visione della documentazione della Fondazione, in particolare con riferimento al tema della sicurezza, al sistema di gestione qualità e al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001.
- In relazione al personale appartenente a categorie protette, il Responsabile Risorse Umane verifica eventuali scoperti monitorando il rispetto dei requisiti e soglie di legge al fine di determinare eventuali fabbisogni.
- Tutta la documentazione rilevante nell'ambito del processo di selezione e assunzione (anche per ciò che concerne il personale appartenente a categorie protette) è archiviata presso l'Ufficio Risorse Umane in formato cartaceo e/o elettronico.

## **4 GESTIONE DI BONUS, AUMENTI RETRIBUTIVI E AVANZAMENTI DI CARRIERA**

### **4.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis - Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-*bis* c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

### **4.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione di bonus, aumenti retributivi e avanzamenti di carriera e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane.

### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- assicurare che il riconoscimento di benefit, MBO e bonus sia coerente con la posizione ricoperta dal candidato e le responsabilità / compiti assegnati;
- assicurare avanzamenti di carriera basati esclusivamente su criteri meritocratici.

È, inoltre, espressamente vietato:

- promettere o riconoscere benefit / bonus / avanzamenti di carriera / aumenti retributivi quale contropartita di attività difformi dalle leggi e dalle norme e regole interne;
- promettere o riconoscere benefit / bonus / avanzamenti di carriera / aumenti retributivi a risorse vicine o gradite a funzionari pubblici o a qualsiasi soggetto terzo privato con cui la Fondazione si relaziona quando questo non sia conforme alle reali esigenze della stessa e non rispetti il principio della meritocrazia.

### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione di bonus, aumenti retributivi e avanzamenti di carriera:

- Gli avanzamenti di carriera riconosciuti seguono quanto indicato nei contratti di lavoro.
- Eventuali avanzamenti di carriera, bonus e aumenti retributivi dovuti a riconoscimenti di merito sono valutati dal Direttore Generale, congiuntamente con il Responsabile Risorse Umane.
- L'Ufficio Risorse Umane traccia i bonus, aumenti retributivi e avanzamenti di carriera riconosciuti, effettua le opportune registrazioni all'interno dell'applicativo di payroll e comunica tali informazioni al Responsabile Amministrativo.
- La valutazione relativa ad eventuali riconoscimenti di merito avviene con il coinvolgimento del diretto superiore del dipendente coinvolto.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.

## **5 GESTIONE AMMINISTRATIVA DEL PERSONALE**

### **5.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 640 c.p. - Truffa;
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2621 c.c. - False comunicazioni sociali.

### **5.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione amministrativa del personale e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane.

### **5.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono, in sede di esecuzione degli adempimenti previdenziali ed assistenziali del personale:

- provvedere affinché gli adempimenti obbligatori previsti siano predisposti con la massima diligenza e professionalità, in modo da fornire informazioni veritiere, chiare, accurate, complete e fedeli e i rapporti con i Funzionari Pubblici siano improntati alla massima trasparenza, collaborazione, disponibilità e nel pieno rispetto del ruolo istituzionale e delle previsioni di legge esistenti in materia;
- assicurare che i rapporti con funzionari della Pubblica Amministrazione siano gestiti esclusivamente da soggetti muniti di idonei poteri, coerentemente con il sistema di procure e deleghe in vigore;
- assicurare che la documentazione da inviare alla Pubblica Amministrazione sia prodotta dal personale competente in materia e riporti informazioni complete, veritiere e corrette;



- assicurare che la documentazione da inviare alla Pubblica Amministrazione sia sempre debitamente verificata e validata da parte di soggetti muniti di idonei poteri, coerentemente con il sistema di procure e deleghe in vigore.

È, inoltre, espressamente vietato:

- esporre nella documentazione inviata o condivisa con la Pubblica Amministrazione fatti non rispondenti al vero o informazioni imprecise o incomplete;
- corrispondere stipendi a dipendenti a fronte di prestazioni inesistenti in tutto o in parte;
- riconoscere compensi, rimborsi spese, bonus, a dipendenti e collaboratori che non trovino giustificazione in relazione al tipo di incarico da svolgere, agli obiettivi di performance raggiunti ed ai prezzi di mercato.

#### **5.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione amministrativa del personale.

- L'inserimento/modifica dell'anagrafica del personale nel relativo sistema informativo è affidata al Responsabile Risorse Umane, il quale è dotato di adeguato "profilo" di ingresso.
- La rilevazione delle presenze del personale dipendente è effettuata mediante badge assegnato agli stessi. I dipendenti che prestano attività su più sedi sono tenuti alla compilazione del registro firme.
- Il Responsabile Risorse Umane, con cadenza mensile, verifica il file riepilogativo di rilevazione presenze, estratto da sistema per ciascun lavoratore, al fine di intercettare eventuali anomalie / incongruenze.
- Il Responsabile Risorse Umane provvede, sulla base dei dati precedentemente verificati, all'elaborazione dei cedolini relativi agli stipendi e dei Modelli F24 per il versamento dei contributi e delle ritenute fiscali.
- Il Responsabile Risorse Umane verifica:
  - la corrispondenza del numero dei cedolini elaborati in relazione al numero di dipendenti dell'Ente registrati in anagrafica, nonché la loro intestazione;
  - la correttezza dei contributi e ritenute fiscali elaborati.
- Il pagamento degli stipendi e dei Modelli F24 è autorizzato da soggetti dotati di idonei poteri sulla base del sistema di deleghe e procure in vigore.
- Il Responsabile Amministrativo provvede a imputare in contabilità i dati relativi al costo del personale e ad effettuare i controlli di quadratura.
- Le attività in oggetto sono gestite, ove applicabile, a sistema, il quale ne garantisce la tracciabilità.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso la presso l'Ufficio competente.

## **6 GESTIONE DEI RIMBORSI SPESE**

### **6.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-*bis* c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (richiamati dall'art. 25-octies del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-bis c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-*ter* c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-*ter*.1 c.p. - Autoriciclaggio.

## **6.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rimborsi spese e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane;
- Responsabile Amministrativo.

## **6.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- richiedere/riconoscere il rimborso delle sole spese sostenute per motivi di lavoro;
- garantire l'erogazione di rimborsi spese solo a fronte dell'esibizione da parte del richiedente di appropriati giustificativi di spesa;
- sostenere spese di rappresentanza esclusivamente per finalità lecite, in modo trasparente, secondo criteri di economicità e di contenimento dei costi;
- assicurare che i rapporti con funzionari della Pubblica Amministrazione siano gestiti esclusivamente da soggetti muniti di idonei poteri, coerentemente con il sistema di procure e deleghe in vigore.

È, inoltre, espressamente vietato:

- riconoscere in favore di dipendenti, collaboratori o terzi rimborsi spese che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di incarico svolto o in assenza di idonea documentazione giustificativa.

#### **6.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rimborsi spese.

- Le spese sostenute sono documentate dai dipendenti dai relativi giustificativi consegnati al Responsabile Risorse Umane.
- Il Responsabile Risorse Umane, sulla base dei giustificativi di spesa ricevuti, autorizza i rimborsi spesa.
- Il pagamento dei rimborsi spesa è effettuato Responsabile Amministrativo mediante piccola cassa.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso la presso l'Ufficio Amministrativo.

### **7 GESTIONE DEI RAPPORTI CON LE RAPPRESENTANZE SINDACALI**

#### **7.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

#### **7.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei rapporti con le rappresentanze sindacali e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Risorse Umane;
- Responsabile Amministrativo.

#### **7.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- intrattenere rapporti corretti, trasparenti, imparziali e collaborativi con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali;
- astenersi dall'influenzare impropriamente l'attività dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali in occasione delle contrattazioni con esse intraprese e nello svolgimento di qualsiasi altra attività che preveda un loro coinvolgimento.

È, inoltre, espressamente vietato:

- corrispondere o offrire, direttamente o indirettamente, anche sotto forme diverse di aiuti o contribuzioni (ad esempio sponsorizzazioni e liberalità), pagamenti o benefici materiali a rappresentanti delle organizzazioni sindacali o a persone a questi vicini, per influenzare il loro comportamento ed assicurare vantaggi di qualunque tipo alla Fondazione.

#### **7.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei rapporti con le rappresentanze sindacali.

- Agli incontri con i rappresentanti sindacali partecipano soggetti dotati di adeguati poteri.
- Gli accordi sindacali sono firmati da soggetti dotati di idonei poteri, sulla base delle procure attribuite.
- Le riunioni con le rappresentanze sindacali sono documentate.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso la presso l'Ufficio competente.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale D**

#### ***Gestione dei sistemi informativi***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione dei sistemi informativi sono:

- gestione dei sistemi informativi.

## 3 GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI

### 3.1 *I reati potenzialmente rilevanti*

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati informatici e di trattamento illecito dei dati (richiamati dall’art. 24-*bis* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 491-*bis* c.p. - Documenti informatici;
  - art. 615-*ter* c.p. - Accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico;
  - art. 615-*quater* c.p. - Detenzione e diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici;
  - art. 615-*quinquies* c.p. - Diffusione di apparecchiature, dispositivi o programmi informatici diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico o telematico;
  - art. 617-*quater* c.p. - Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche;
  - art. 617-*quinquies* c.p. - Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche;
  - art. 635-*bis* c.p. - Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici;
  - art. 635-*ter* c.p. - Danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici utilizzati dallo Stato o da altro ente pubblico o comunque di pubblica utilità;

- art. 635-*quater* c.p. - Danneggiamento di sistemi informatici o telematici;
- art. 635-*quinqüies* c.p. - Danneggiamento di sistemi informatici o telematici di pubblica utilità;
- i delitti in materia di violazione del diritto d'autore (richiamati dall'art. 25-*novies* del D.Lgs. 231/2001).

### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei sistemi informativi e, in particolare, a:

- Responsabile sistema informativo.

### **3.3 Regole di comportamento**

Il Responsabile sistema informativo, in base al proprio ruolo e responsabilità, pone in essere le azioni necessarie per:

- verificare la sicurezza della rete e dei sistemi informativi e tutelare la sicurezza dei dati;
- identificare le potenziali vulnerabilità nel sistema dei controlli informatici;
- valutare la corretta implementazione tecnica del sistema “deleghe e poteri” in vigore a livello di sistemi informativi ed abilitazioni utente riconducibile ad una corretta segregazione dei compiti;
- monitorare i cambiamenti organizzativi o tecnici che potrebbero determinare l'esposizione del sistema informativo a nuove minacce, rendendo inadeguato il sistema di controllo accessi;
- monitorare e svolgere le necessarie attività di gestione degli accessi ai sistemi informativi interni e di terze parti;
- garantire l'installazione a tutti gli utenti esclusivamente di software originali, debitamente autorizzati o licenziati;
- monitorare la corretta applicazione di tutti gli accorgimenti ritenuti necessari al fine di fronteggiare, nello specifico, i delitti informatici e il trattamento illecito dei dati.

Tutti i soggetti Destinatari del Modello sono tenuti a rispettare, per le attività di rispettiva competenza, le seguenti regole:

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

- evitare di trasferire all'esterno della Fondazione e/o trasmettere file, documenti o qualsiasi altra documentazione riservata di proprietà della Fondazione, se non per finalità strettamente attinenti allo svolgimento delle proprie mansioni e, comunque, previa autorizzazione del proprio Responsabile;
- evitare di lasciare incustodito e/o accessibile ad altri il proprio PC oppure consentire l'utilizzo dello stesso ad altre persone (familiari, amici, ecc.);
- evitare l'utilizzo di password di altri utenti aziendali, neanche per l'accesso ad aree protette in nome e per conto dello stesso, salvo espressa autorizzazione del Responsabile sistema informativo;
- evitare di fornire a qualsiasi terzo dati od elementi personali concernenti i soggetti comunque assistiti dalla Fondazione;
- evitare l'utilizzo di strumenti software e/o hardware atti ad intercettare, falsificare, alterare o sopprimere il contenuto di comunicazioni e/o documenti informatici;
- utilizzare la connessione a internet per gli scopi ed il tempo strettamente necessario allo svolgimento delle attività che hanno reso necessario il collegamento;
- rispettare le procedure e gli standard previsti, segnalando senza ritardo alle funzioni competenti eventuali utilizzi e/o funzionamenti anomali delle risorse informatiche;
- astenersi dall'effettuare copie non specificamente autorizzate di dati e di software;
- astenersi dall'utilizzare gli strumenti informatici a disposizione al di fuori delle prescritte autorizzazioni;
- osservare ogni altra norma specifica riguardante gli accessi ai sistemi e la protezione del patrimonio di dati e applicazioni della Fondazione;
- osservare scrupolosamente quanto previsto dalle politiche di sicurezza aziendali per la protezione ed il controllo dei sistemi informatici;
- definire e verificare periodicamente le credenziali utente al fine di prevenire eventuali erronee abilitazioni ai sistemi applicativi;
- non deve essere consentito l'accesso nelle aree riservate (e.g. *server rooms*, locali tecnici, etc.) alle persone prive di idonea autorizzazione, temporanea o permanente e, in ogni caso, tale accesso deve essere attuato nel rispetto della normativa (interna ed esterna) vigente in materia di tutela dei dati personali;
- garantire che la sicurezza logica e fisica dei sistemi informativi della Fondazione sia gestita nel rispetto delle regole interne e mantenendo e aggiornando costantemente le componenti infrastrutturali (HW e SW) che ne garantiscano l'efficacia;
- evitare di introdurre e/o conservare (in forma cartacea, informatica e mediante utilizzo di strumenti associativi), a qualsiasi titolo e per qualsiasi ragione, documentazione e/o materiale informatico di natura riservata e di proprietà di terzi, salvo acquisiti con il loro espresso consenso nonché applicazioni/software che non siano state preventivamente approvate dalla Fondazione o la cui provenienza non sia accertabile.

È, inoltre, espressamente vietato:

- alterare documenti informatici, con particolare riguardo a quelli relativi ad esplicitare, a vari effetti, efficacia probatoria (e.g. bilancio d'esercizio, attestazioni o autocertificazioni dirette ad enti pubblici, documenti creati con l'ausilio di strumenti di firma digitale, etc.) in assenza, ove consentito dalla legge, di una specifica autorizzazione;



- accedere abusivamente al sistema informatico o telematico di soggetti pubblici o privati;
- alterare in qualsiasi modo il funzionamento di un sistema informatico o telematico della Pubblica Amministrazione, o intervenire senza diritto con qualsiasi modalità su dati, informazioni o programmi contenuti in un sistema informatico o telematico della Pubblica Amministrazione, al fine di procurare un vantaggio per la Fondazione;
- accedere abusivamente al sistema informatico o telematico della Fondazione al fine di alterare e/o cancellare dati e/o informazioni;
- detenere e utilizzare abusivamente codici, parole chiave o altri mezzi idonei all'accesso al sistema informatico o telematico, proprio o di altri soggetti, al fine di acquisire informazioni riservate;
- svolgere attività fraudolenta di intercettazione, impedimento o interruzione di comunicazioni relative ad un sistema informatico o telematico di soggetti, pubblici o privati, al fine di acquisire informazioni riservate;
- installare apparecchiature per l'intercettazione, impedimento o interruzione di comunicazioni di soggetti, pubblici o privati;
- svolgere attività di modifica e/o cancellazione di dati, informazioni o programmi di soggetti privati o soggetti pubblici o comunque di pubblica utilità;
- svolgere attività di danneggiamento di informazioni, dati e programmi informatici o telematici altrui;
- distruggere, danneggiare, rendere inservibili sistemi informatici o telematici di pubblica utilità;
- utilizzare o installare programmi diversi da quelli autorizzati dal Responsabile dei Sistemi Informativi e privi di licenza;
- installare, duplicare o diffondere a terzi programmi (software) senza essere in possesso di idonea licenza o superando i diritti consentiti dalla licenza acquistata (e.g. numero massimo di installazioni o di utenze);
- effettuare *download* illegali o trasmettere a soggetti terzi contenuti protetti dal diritto d'autore;
- salvare sulle unità di memoria aziendali contenuti o file non autorizzati o in violazione del diritto d'autore;
- aggirare o tentare di aggirare i sistemi di sicurezza della Fondazione o di terze parti;
- porre in essere condotte miranti alla distruzione o all'alterazione di sistemi informativi aziendali o di terze parti;
- rivelare ad alcuno le proprie credenziali di autenticazione (nome utente e password) alla rete aziendale o anche ad altri siti / sistemi;
- entrare nella rete aziendale e nei programmi con un codice d'identificazione utente diverso da quello assegnato;
- detenere o diffondere abusivamente codici di accesso a sistemi informatici o telematici di terzi o di enti pubblici;
- rivelare ad altri (se non a seguito di delega formale) od utilizzare in modo improprio gli strumenti di firma digitale assegnati;
- intercettare, impedire o interrompere illecitamente comunicazioni informatiche o telematiche.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale E**

***Gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze  
e prestazioni professionali***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali sono:

- gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali:
  - gestione degli acquisti di beni e servizi;
  - gestione degli acquisti di consulenze e prestazioni professionali;
  - gestione degli acquisti di farmaci;
- gestione delle polizze assicurative.

## 3 GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI, SERVIZI, CONSULENZE E PRESTAZIONI PROFESSIONALI

### 3.1 *I reati potenzialmente rilevanti*

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati verso la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l’esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art.353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente
- i reati societari (richiamati dall’art. 25-*ter* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:

- art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
- art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i reati contro la personalità individuale (richiamati dall'art. 25-*quinquies* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 603-bis c.p. - Intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro;
- i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (richiamati dall'art. 25-*octies* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-bis c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-ter c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-ter.1 c.p. - Autoriciclaggio;
- il reato di impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (richiamato dall'art. 25-*duodecies* del D.Lgs. 231/2001), di cui all'art. 22 co. 12-bis, D.Lgs. 286/2008 (cd. Testo Unico sull'Immigrazione).

### **3.2 Ambito di applicazione**

I successivi principi di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle attività di gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo;
- Responsabile Risorse Umane;
- Responsabile Sanitario;
- Coordinatore Sanitario;
- Responsabile Operativo;
- Facility Manager.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- operare nel rispetto dei principi espressi nel Codice Etico e della normativa vigente;
- verificare preventivamente le informazioni disponibili sui fornitori / consulenti / professionisti al fine di instaurare rapporti unicamente con soggetti di cui sia certa l'identità, che godano di buona reputazione, che siano impegnati solo in attività lecite, che siano finanziariamente solidi e la cui cultura etica aziendale sia comparabile a quella della Fondazione;
- assicurare la tracciabilità del processo di individuazione del fornitore / consulente / professionista e rispettare i principi di trasparenza e non discriminazione nella relativa selezione;
- assicurare che la selezione dei fornitori / consulenti / professionisti avvenga a cura dei soggetti competenti e sia effettuata sulla base di requisiti di qualità, professionalità, affidabilità e economicità;
- effettuare controlli specifici in presenza di offerte di fornitura di beni a prezzi significativamente inferiori a quelli di mercato, volti ad appurare, ove possibile,

l'effettiva provenienza della merce, l'effettivo livello del servizio e, con specifico riferimento all'acquisto di servizi in appalto, il rispetto della normativa giuslavoristica e in materia di sicurezza sul lavoro;

- utilizzare sempre la forma scritta per l'affidamento di forniture, lavori, servizi;
- assicurare la trasparenza degli accordi ed evitare la sottoscrizione di patti o accordi segreti contrari alla legge;
- garantire che eventuali incarichi affidati a soggetti terzi per operare in rappresentanza e/o nell'interesse della Fondazione siano sempre assegnati in forma scritta, richiedendo eventualmente, anche tramite specifiche clausole contrattuali, ai fornitori, professionisti, consulenti il rispetto dei principi comportamentali previsti dal Codice Etico;
- verificare l'effettivo adempimento della prestazione oggetto del rapporto contrattuale e degli eventuali stati di avanzamento prima del pagamento del prezzo concordato;
- liquidare i compensi in modo trasparente, sempre documentabile e ricostruibile *ex post*;
- effettuare controlli e verifiche periodiche in merito alla disponibilità dei farmaci presso l'Ente.

È, inoltre, espressamente vietato:

- effettuare acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali che non trovino riscontro in una specifica e motivabile esigenza della Fondazione;
- assegnare incarichi di fornitura a persone o Società in assenza dei necessari requisiti di qualità, convenienza dell'operazione di acquisto e professionalità;
- assegnare incarichi di fornitura a persone o Società "vicine" o "gradite" a soggetti pubblici o a qualsiasi controparte privata con cui la Fondazione si relaziona in assenza dei necessari requisiti di qualità e convenienza dell'operazione;
- instaurare rapporti o porre in essere operazioni con soggetti terzi qualora vi sia il fondato sospetto che ciò possa esporre la Fondazione al rischio di commissione dei reati di associazione per delinquere, ricettazione, riciclaggio o impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio;
- corrispondere, promettere o offrire, direttamente o indirettamente, pagamenti impropri o altre utilità non dovute a rappresentanti di fornitori / potenziali fornitori / consulenti / professionisti, o a persone a questi vicini, con la finalità di promuovere o favorire interessi della Fondazione o a vantaggio di quest'ultima;
- nell'acquisto di servizi in appalto, assegnare incarichi a Società che non si mostrino in linea con i principi affermati dal Codice Etico e nei confronti delle quali possa nutrirsi il sospetto di ricorso, diretto o indiretto, a forme di lavoro non regolare, minorile o forzato;
- impiegare, anche per il tramite dell'appaltatore, lavoratori, approfittando del loro stato di bisogno e sottoponendoli a condizioni di sfruttamento (e.g. attraverso corresponsione di retribuzioni in modo palesemente difforme dai CCNL applicabili, violazione reiterata della normativa relativa a orari di lavoro, periodi riposo, violazione delle norme in materia di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro, sottoposizione a condizioni di lavoro, metodi di sorveglianza o situazioni alloggiative degradanti);

- impiegare, anche per il tramite dell'appaltatore, lavoratori stranieri il cui soggiorno in Italia non risulti regolare;
- approvare fatture passive a fronte di prestazioni inesistenti in tutto o in parte e/o non necessari e/o a prezzi non allineati a quelli di mercato, allo scopo di impiegare, trasferire, sostituire o occultare disponibilità finanziarie di provenienza illecita, anche al fine di ottenere un beneficio di natura fiscale;
- effettuare pagamenti in favore di fornitori, consulenti, professionisti e simili che operino per conto della Fondazione, in assenza di adeguata giustificazione nel contesto del rapporto contrattuale costituito con gli stessi e delle prestazioni effettuate;
- riconoscere compensi a fornitori / consulenti / professionisti che non trovino giustificazione in relazione al tipo di incarico da svolgere ed ai prezzi di mercato;
- frazionare artificialmente un'operazione / transazione di acquisto al fine di eludere le normative applicabili.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione degli acquisti di beni, servizi, consulenze e prestazioni professionali.

#### **3.4.1 Gestione degli acquisti di beni e servizi**

- Il responsabile / l'Ufficio richiedente esprime il proprio fabbisogno di acquisto mediante compilazione di apposito modulo di richiesta di acquisto. Tale modulo è sottoscritto dal richiedente, dall'eventuale diretto superiore e dal Responsabile Amministrativo, quale autorizzazione all'acquisto.
- In caso di acquisti ordinari, Responsabile Amministrativo procede con l'emissione dell'ordine tramite i cataloghi caricati a sistema in base ai prezzi definiti a seguito di trattativa con i fornitori.
- Per ciò che concerne gli acquisti di derrate alimentari, il cuoco della mensa compila specifico modulo di richiesta di acquisto e il Responsabile Amministrativo procede con l'emissione degli ordini tramite piattaforma del fornitore.
- In caso di acquisti straordinari, il Facility Manager si occupa della richiesta di offerte sul mercato. A meno di single o sole source supplier, è prevista la raccolta di almeno tre offerte da diversi fornitori. Eventuali nuovi fornitori sono sottoposti a qualifica e inseriti all'interno di una "Lista Fornitori Qualificati".
- Ai fini della qualifica, ciascun fornitore è tenuto a fornire una serie di informazioni (e.g. indirizzo, partita IVA, codice fiscale, contatti, coordinate bancarie, etc.), registrate nell'anagrafica fornitori da parte del Responsabile Amministrativo, nonché a presentare una serie di documenti.
- Con specifico riferimento ai servizi in appalto, affinché il personale dell'appaltatore/sub-appaltatore sia autorizzato ad accedere ai siti della Società e possa essere impiegato, il Facility Manager, raccoglie e verifica, fra gli altri, i seguenti documenti necessari ai fini dell'accreditamento della controparte:
  - Visura Camerale;
  - Documento unico di regolarità contributiva (DURC);

- elenco dei lavoratori impiegati nei servizi e seguenti documenti ad essi associati (Modello Unificato-LAV; Documento d'identità e permesso di soggiorno se cittadino extra-comunitario; idoneità sanitaria; attestati di formazione obbligatoria).
- L'anagrafica fornitrice, presente sul sistema gestionale, può essere integrata/modificata esclusivamente da parte del Responsabile Amministrativo (anche per ciò che concerne l'IBAN) ed è periodicamente sottoposta a revisione.
- Le offerte pervenute sono archiviate a cura del Facility Manager.
- Il Facility Manager valuta le offerte pervenute e seleziona l'offerta ritenuta maggiormente vantaggiosa e aderente ai parametri richiesti, sulla base di motivazioni oggettive.
- Le forniture di strumentazione diagnostica e dei presidi medico sanitari sono valutate tecnicamente dal Responsabile Sanitario o dal Responsabile Operativo.
- Con riferimento agli acquisti di servizi (i.e. manutenzioni, servizi di pulizia), la trattativa con i fornitori è seguita dal Facility Manager e dal Direttore Generale, il quale sottoscrive i contratti di fornitura.
- Selezionato il fornitore, Responsabile Amministrativo procede all'emissione dell'ordine di acquisto / contrattualizzazione della controparte, sulla base degli standard esistenti.
- I contratti sono sottoscritti da soggetti dotati di idonei poteri.
- Nei contratti è inserita un'apposita clausola che prevede:
  - un'espressa dichiarazione della controparte di essere a conoscenza e rispettare la normativa di cui al D.Lgs. 231/2001 e di impegnarsi al rispetto del Codice Etico adottato dalla Fondazione;
  - la possibilità di risolvere dal contratto in caso di violazione di quanto dichiarato.
- Con specifico riferimento ai servizi in appalto, nei contratti sono inserite apposite clausole in forza delle quali la controparte:
  - assicura che i lavoratori assegnati all'esecuzione del contratto risultano essere in regola con le norme di legge in materia di immigrazione, condizione e lavoro degli stranieri e dei cittadini comunitari;
  - si impegna a presentare, su richiesta dell'Ente, copia della seguente documentazione: ex modello DM10, relativo ai versamenti contributivi eseguiti; gli F24, relativi ai versamenti fiscali eseguiti; LUL (presenze e retribuzioni) e la documentazione attestante il pagamento delle retribuzioni e degli altri emolumenti dovuti ai dipendenti addetti ai servizi (anche per eventuali sub-appaltatori).
- Eventuali acquisti straordinari che non transitano dal Responsabile Amministrativo sono sempre autorizzati da soggetti dotati di idonei poteri.
- All'arrivo della merce, il magazziniere verifica la corrispondenza tra la merce consegnata e la bolla, il Responsabile Amministrativo verifica la corrispondenza tra la bolla e l'ordine e, qualora non vi siano criticità, procede con l'evasione dell'ordine.
- Con riferimento agli acquisti di servizi, l'autorizzazione al pagamento avviene una volta garantita l'attestazione concernente l'avvenuta effettuazione del servizio.
- Il Responsabile Amministrativo verifica che le fatture siano autorizzate dal Facility Manager o dal Direttore Generale prima di effettuare il pagamento delle stesse.

- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso il Responsabile Amministrativo o eventuale altro Responsabile / Ufficio che ha effettuato l'acquisto.

#### 3.4.2 Gestione degli acquisti di farmaci

- Gli infermieri compilano settimanalmente apposito modulo per segnalare i farmaci in via di esaurimento.
- Il Coordinatore Sanitario o il Responsabile Operativo raccoglie i suddetti moduli e, anche tramite valutazione del "consumato", emette gli ordini di acquisto ai grossisti selezionati (registrati in anagrafica fornitori).
- Eventuali nuovi fornitori sono selezionati previa richiesta di offerta da parte del Responsabile Operativo, su richiesta del Responsabile Sanitario e del Coordinatore Sanitario.
- L'acquisto di farmaci fuori prontuario da parte del Coordinatore Sanitario deve essere autorizzato dal Direttore Sanitario.
- All'arrivo dei farmaci, il Coordinatore Sanitario, insieme al Responsabile Operativo e al personale infermieristico, verifica la corrispondenza tra la merce ricevuta e la bolla e tra la bolla e l'ordine, caricando a sistema i farmaci depositati in magazzino.
- La prescrizione medica insieme alla somministrazione dei farmaci da parte dell'infermiere, sono archiviate a sistema.
- Eventuali acquisti di emergenza / *ad hoc* sono effettuati presso una farmacia presente vicino alla sede della Fondazione da parte del Coordinatore Sanitario o del Responsabile Operativo.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata a cura del Responsabile Operativo.

#### 3.4.3 Gestione degli acquisti di consulenze e prestazioni professionali

- Gli acquisti di consulenze e prestazioni professionali sono gestiti dal Responsabile/Ufficio richiedente, in accordo con il Direttore Generale.
- La selezione del fornitore è effettuata a seguito della richiesta di offerta di almeno tre preventivi sul mercato, salvo i casi in cui le riconosciute competenze e/o precedenti collaborazioni di successo con l'Ente da parte di un fornitore siano ritenute fattori qualificanti e sufficienti per l'avvio / rinnovo della collaborazione.
- La scelta di collaboratori esterni e di professionisti avviene in relazione a elementi di competenza ed esperienza professionale ed i relativi contratti devono essere definiti per iscritto, in ogni loro condizione, patto e termine.
- La tracciabilità delle motivazioni che hanno portato alla scelta di un determinato fornitore (anche in caso di "*single source supplier*" o "*sole source supplier*" o acquisti d'urgenza)<sup>1</sup> è garantita a cura del Responsabile / Ufficio coinvolto.

---

<sup>1</sup> *Sole source supplier*: qualora non sia possibile raccogliere una pluralità di offerte poiché un solo operatore sul mercato è in grado di fornire il bene / servizio / prestazione professionale richiesto/a.

*Single source supplier*: qualora il Responsabile competente, sotto la propria responsabilità, decida di selezionare un fornitore di servizi / prestazioni professionali le cui riconosciute competenze e/o precedenti collaborazioni di successo con la Fondazione siano ritenute fattori qualificanti e sufficienti per l'avvio / rinnovo della collaborazione, senza la necessità di porlo in competizione con altri fornitori.

*Acquisti d'urgenza*: qualora si renda necessario procedere ad acquisti per far fronte a imprevedibili ed eccezionali situazioni d'urgenza.



- Il Responsabile Amministrativo verifica, al fine di autorizzare le fatture al pagamento, la corrispondenza tra l'importo previsto in fattura e quello definito all'interno dal contratto / lettera d'incarico / ordine di acquisto.
- I contratti / lettere d'incarico / ordini di acquisto sono archiviati a cura del Facility Manager.
- Il Responsabile / Ufficio richiedente garantisce la debita archiviazione della documentazione rilevante.

## 4 GESTIONE DELLE POLIZZE ASSICURATIVE

### 4.1 I reati potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati verso la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti
  - art. 353-bis - Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-*ter* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-*bis* c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i reati di ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio (richiamati dall'art. 25-*octies* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-*bis* c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-*ter* c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-*ter.1* c.p. - Autoriciclaggio.

### 4.2 Ambito di applicazione

I successivi principi di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle polizze assicurative e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale;
- Responsabile Amministrativo.

### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione prodotta e consegnata al fine di garantire la tracciabilità delle varie fasi del processo;
- assicurare la trasparenza degli accordi ed evitare la sottoscrizione di patti o accordi segreti contrari alla legge.

È, inoltre, espressamente vietato:

- instaurare rapporti o porre in essere operazioni con soggetti terzi qualora vi sia il fondato sospetto che ciò possa esporre la Fondazione al rischio di commissione dei reati di associazione per delinquere, ricettazione, riciclaggio o impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio;
- procedere alla richiesta ed ottenimento di garanzie assicurative che non siano strettamente necessarie al fine dell'esecuzione delle attività proprie della Fondazione;
- simulare qualsivoglia sinistro, anche con la complicità di soggetti terzi e/o della compagnia assicurativa, al fine di ottenere un rimborso assicurativo non dovuto;
- esibire documenti falsi o alterati.

### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione delle polizze assicurative.

- Le compagnie assicurative sono selezionate dal Responsabile Amministrativo, con l'ausilio del Presidente e del Direttore Generale, il quale è responsabile della raccolta delle informazioni sui servizi offerti e condizioni applicate da una pluralità di compagnie presenti sul mercato.
- Il Responsabile Amministrativo con il supporto del Direttore Generale valuta le offerte pervenute sulla base di diversi parametri (e.g. congruità della copertura offerta rispetto al rischio d'impresa, estensione della garanzia, massimali/franchigie e sotto limiti, *pricing*) e procede di conseguenza alla selezione dell'offerta maggiormente vantaggiosa.
- I contratti di assicurazione sono sottoscritti dal Presidente.
- In caso di sinistro, segnalato dall'Ufficio competente per materia, la gestione è in capo al Responsabile Amministrativo laddove si tratti di fatti di lieve entità, mentre è in capo al Direttore Generale e al Presidente per fatti di rilievo. Con specifico riferimento agli infortuni sul lavoro, la gestione dei sinistri è curata con il supporto del Responsabile Risorse Umane.
- In seguito alla liquidazione del risarcimento da parte della compagnia assicurativa, il Presidente, o personale da questo delegato, autorizza e sottoscrive l'atto di quietanza che attesta l'avvenuto pagamento dell'indennizzo previsto dalla polizza.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata presso l'Ufficio competente.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale F**

#### ***Gestione delle attività cliniche assistenziali***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012

aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione delle attività cliniche assistenziali sono:

- gestione dei farmaci stupefacenti;
- gestione della lista d’attesa;
- gestione dello svolgimento di terapie e interventi sui pazienti.

## 3 GESTIONE DEI FARMACI STUPEFACENTI

### 3.1 I reati potenzialmente rilevanti

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati di criminalità organizzata (richiamati dall’art. 24-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 74 DPR 309/90 - Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

### 3.2 Ambito di applicazione

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei farmaci stupefacenti e, in particolare, a:

- Responsabile Sanitario;
- Coordinatore Sanitario;
- Responsabile Operativo;
- Personale medico e infermieristico.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- consentire l'accesso ai luoghi di conservazione dei farmaci esclusivamente a personale autorizzato;
- effettuare controlli e verifiche periodiche in merito alla disponibilità dei farmaci presso la Fondazione;
- verificare la scadenza dei farmaci disponibili presso la Fondazione.

È, inoltre, espressamente vietato:

- accedere ai luoghi di conservazione dei farmaci senza la necessaria autorizzazione;
- compiere azioni strumentali alla realizzazione del traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- erogare farmaci oltre la loro data di scadenza.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei farmaci stupefacenti.

- L'approvvigionamento, somministrazione e restituzione dei farmaci stupefacenti è registrata in apposito "Registro Stupefacenti" (di seguito anche "Registro"), vidimato e firmato dal Sindaco del Comune di Sesto San Giovanni e dal Responsabile Sanitario.
- I farmaci vengono conservati nell'infermeria in apposito armadietto munito di chiave, assieme al Registro. La chiave è custodita dal Coordinatore Sanitario o da personale da questi delegato.
- I Medici di reparto sono tenuti a specificare all'interno della cartella clinica del paziente l'eventuale prescrizione di sostanze stupefacenti e ad aggiornarla almeno ogni due mesi.
- Il Coordinatore Sanitario, il Responsabile Sanitario o eventualmente il Medico/Infermiere incaricato, provvede alle operazioni di carico sul Registro degli stupefacenti acquistati, a seguito di verifica in merito alla quantità, al dosaggio e alla pertinenza con la richiesta del medico.
- Ogni movimentazione dei farmaci stupefacenti deve essere registrata in tempo reale, e comunque entro fine turno, dall'Infermiere che deve somministrare il farmaco. Dopo ogni movimentazione deve essere indicata la giacenza.
- Nel caso di somministrazioni parziali di una forma farmaceutica il cui farmaco residuo non possa essere usato successivamente (es. fiale iniettabili), si procede allo smaltimento dello stesso come rifiuto speciale.
- Eventuali farmaci scaduti sono inseriti in apposito contenitore, conservato sottochiave nel locale farmacia e segnalati dal Coordinatore Sanitario o da personale da questi delegato nel Registro nonché all'ATS di Milano per il prelievo e trasporto all'inceneritore autorizzato.
- Il Coordinatore Sanitario, attraverso periodiche ispezioni, accerta la corretta tenuta del Registro.
- Il Registro, con allegate le fatture e le richieste del Medico competente, è conservato per due anni.

## **4 GESTIONE DELLA LISTA D'ATTESA**

### **4.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti;
  - art. 353-bis - Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente;
- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-*bis* c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

### **4.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione della lista d'attesa e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Accoglienza e Orientamento.

### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- rispettare le leggi vigenti e i principi esposti nel Codice Etico;
- gestire le liste di attesa sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza, valutando i pazienti sulla base di criteri d'idoneità, nel rigoroso rispetto delle norme vigenti e delle procedure della Fondazione;
- comunicare, senza ritardo, al proprio responsabile gerarchico eventuali comportamenti posti in essere da terzi, con particolare riguardo a soggetti operanti nell'ambito della controparte pubblica, rivolti ad ottenere favori, vantaggi, privilegi nella gestione delle liste;
- osservare procedure d'inserimento e cancellazione dei nominativi all'interno delle liste d'attesa sulla base di parametri codificati e oggettivi;
- garantire l'esistenza della documentazione attestante il corretto svolgimento delle procedure di accesso ai servizi.

È, inoltre, espressamente vietato:

- accordare o promettere vantaggi di qualsiasi natura (ad esempio, inserimenti ai vertici della lista a scapito di altri soggetti aventi diritto) a funzionari pubblici e/o a loro familiari e/o a controparti terze private;
- effettuare, nell'ambito dell'attività di gestione delle liste, operazioni d'inserimento, cancellazione, avanzamento e retrocessione di nominativi che non trovino adeguata giustificazione in relazione al tipo di prestazione da svolgere e nel contesto delle regole definite dalla Fondazione;
- fornire, nell'ambito della gestione delle liste di accesso ai servizi della Fondazione, dati/informazioni non corretti volti all'inserimento di soggetti appartenenti alla Pubblica Amministrazione e/o loro familiari e/o di controparti terze private;
- omettere informazioni dovute o eludere obblighi normativi, con la finalità di perseguire trattamenti di favore per il soggetto pubblico e/o per controparti terze private;
- laddove le attività siano effettuate utilizzando il sistema informatico/telematico, alterare lo stesso ed i dati inseriti in qualsivoglia modo procurando un vantaggio a funzionari pubblici.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione della lista d'attesa.

- La Fondazione dichiara, anche tramite il sito web, i requisiti necessari per poter accedere ai servizi offerti.
- Le domande di accoglienza presentate sono valutate da apposita Equipe multidimensionale.
- Le domande che l'Equipe ritiene idonee vengono inserite nella relativa lista d'attesa in base alla data di presentazione della domanda.
- Le liste d'attesa sono strutturate secondo classi di priorità e vincoli territoriali (relativi alla provenienza del paziente) e di disponibilità di posti autorizzati, accreditati e a contratto.
- Le liste d'attesa vengono integrate alla presentazione di ogni domanda da parte dell'Accoglienza e Orientamento.
- È garantita la tracciabilità delle domande ricevute all'interno del sistema gestionale.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata a cura dell'Accoglienza e Orientamento.

## **5 GESTIONE DELLO SVOLGIMENTO DI TERAPIE E INTERVENTI SUI PAZIENTI**

### **5.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la personalità individuale (richiamati dall'art. 25-*quinquies* del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 600 c.p. - Riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù.

## 5.2 Ambito di applicazione

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle terapie e interventi sui pazienti e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Responsabile Sanitario;
- Coordinatore Sanitario;
- Responsabile Operativo;
- Personale medico e infermieristico;
- Educatori;
- ASA o OSS.

## 5.3 Regole di comportamento

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- aggiornarsi autonomamente sulla normativa vigente, rispetto ai propri compiti, in questo settore;
- in relazione al vertice, controllare la costante formazione del personale, attraverso ogni attività che sarà ritenuta utile allo scopo di impedire che si possa sostenere, a scusante della propria condotta, l'ignoranza della normativa vigente;
- rispettare le leggi vigenti e i principi esposti nel Codice Etico;
- gestire qualsiasi rapporto con i pazienti e i soggetti invianti (parenti, medici e servizi sociali) sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza, ispirandosi alla massima professionalità, al fine di instaurare un rapporto di collaborazione e reciproca fiducia;
- nell'ambito delle attività di archiviazione della documentazione clinica e assistenziale, garantire la riservatezza, disponibilità e integrità dei relativi contenuti della documentazione clinica e della documentazione relativa al trattamento terapeutico;
- fornire ai propri collaboratori direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio di reato;
- attenersi ai principi di correttezza e verità, rispettando i protocolli sanitari approvati e vigenti nella Fondazione;
- garantire il rispetto del piano terapeutico riabilitativo;
- garantire il rispetto delle prescrizioni terapeutiche farmacologiche;
- garantire che l'accesso ai documenti già archiviati sia sempre motivato e consentito solo alle persone autorizzate in base alle norme interne e per i rispettivi ambiti di competenza.

È, inoltre, espressamente vietato:

- erogare prestazioni a pazienti non conformi ai protocolli approvati da parte della Fondazione;
- costringere i pazienti a prestazioni che possano comunque originare un lucro diretto per la Fondazione, abusando del loro stato o contro la loro volontà;



- effettuare trattamenti terapeutici e riabilitativi che possano cagionare, nei limiti delle nozioni scientifiche note in dottrina, un danno alla salute dei pazienti.

#### **5.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dello svolgimento di terapie e interventi sui pazienti.

- All'ingresso di ciascun ospite, l'Equipe definisce il PI (Progetto Individuale) e il PAI (Piano Assistenziale Individuale), con lo scopo di dare avvio al progetto di assistenza e cura dello stesso.
- Il Responsabile Sanitario definisce quali farmaci debbano essere somministrati per i pazienti residenziali. Eventuali modifiche relative alle somministrazioni sono autorizzate da parte del Responsabile Sanitario.
- Qualora sia necessario, per motivi di urgenza, procedere ad una prescrizione verbale, il Responsabile Sanitario che comunica all'infermiere il farmaco da somministrare, procede alla sua trascrizione sul Diario socio-sanitario e sul Foglio Terapia il prima possibile.
- I farmaci sono conservati all'interno di un armadio chiuso a chiave a cui hanno accesso solo gli operatori (Medici e infermieri). I farmaci stupefacenti vengono conservati all'interno dello stesso armadio in un luogo separato.
- I farmaci sono preparati esclusivamente dal personale infermieristico di turno ed è garantita la tracciabilità delle somministrazioni eseguite da ciascuno.
- Le terapie farmacologiche somministrate ed erogate sono registrate nel Foglio Terapia e nel Diario socio-sanitario.
- È previsto un costante aggiornamento della cartella clinica e della diagnosi.
- È garantita la tracciabilità delle terapie riabilitative svolte e dei pazienti coinvolti durante la giornata da parte dei terapisti della riabilitazione e degli educatori professionali.
- Gli ASA assistono ed aiutano gli ospiti nelle attività quotidiane (e.g. igiene, incontinenza e deambulazione, pasti, idratazione, eventuali cambi di posizione, etc.).
- In caso di avvio di dimissioni protette, vengono coinvolti i servizi sociali (i quali si fanno carico della questione), e i familiari, laddove presenti.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata a cura dei soggetti coinvolti.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale G**

#### ***Gestione di finanziamenti, donazioni e rette***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione di finanziamenti, donazioni e rette sono:

- gestione dei ricoveri e delle prestazioni da tariffare e fatturare alla PA;
- gestione delle donazioni da parte di privati;
- gestione delle rette dei pazienti.

## 3 GESTIONE DEI RICOVERI E DELLE PRESTAZIONI DA TARIFFARE E FATTURARE ALLA PA

### 3.1 *I reati potenzialmente rilevanti*

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 640 c.p. - Truffa;
  - art. 640-bis c.p. - Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche;
  - art. 640-ter c.p. - Frode informatica;
  - art. 316-bis c.p. - Malversazione a danno dello Stato;
  - art. 316-ter c.p. - Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
  - art. 317 c.p. - Concussione;
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l’esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
  - art. 319-quater c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti;

- art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente.

### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione dei ricoveri e delle prestazioni da tariffare e fatturare alla PA e, in particolare, a:

- Rappresentante Legale;
- Direttore Generale;
- Responsabile Sanitario;
- Accoglienza e Orientamento e Domiciliarità;
- Responsabile Amministrativo.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- rispettare le leggi vigenti e i principi esposti nel Codice Etico;
- impegnarsi, nei limiti delle rispettive competenze, ad operare affinché sia rispettato quanto previsto dalla normativa vigente in materia di finanziamento delle istituzioni sanitarie;
- gestire qualsiasi rapporto con la Pubblica Amministrazione sulla base di criteri di massima correttezza e trasparenza, ispirandosi alla massima professionalità, al fine di instaurare un rapporto di collaborazione con i pubblici funzionari;
- fornire ai propri collaboratori direttive sulle modalità di condotta operativa da adottare, secondo le peculiarità del proprio ambito di attività, trasferendo conoscenza della norma e consapevolezza delle situazioni a rischio di reato;
- nella preparazione della documentazione propedeutica alla valorizzazione di prestazioni erogate, effettuare i conseguenti controlli di appropriatezza, congruità e completezza;
- prevedere adeguati meccanismi di tracciabilità dei flussi informativi inviati alla Pubblica Amministrazione;
- attenersi ai principi di correttezza e verità, utilizzando e presentando dichiarazioni e documenti completi ed attinenti alle attività per le quali i rimborsi possano essere legittimamente ottenuti, nonché fornendo tutte le informazioni dovute;
- garantire attività di monitoraggio sulla corrispondenza tra quanto effettivamente erogato e quanto rendicontato ai fini del rimborso nonché sulla corretta valorizzazione e rendicontazione alla Regione per il tramite della ATS Territoriale, delle prestazioni erogate;
- garantire che l'accesso ai documenti già archiviati sia sempre motivato e consentito solo alle persone autorizzate in base alle norme interne e per i rispettivi ambiti di competenza.

È, inoltre, espressamente vietato:

- erogare prestazioni non necessarie;
- rendicontare non congruamente le prestazioni erogate;
- fatturare prestazioni non effettivamente erogate;
- fatturare utilizzando un codice di DRG che prevede un livello di pagamento maggiore rispetto al codice di DRG corrispondente alla prestazione erogata al paziente;
- duplicare la fatturazione per una medesima prestazione;

- non emettere note di credito qualora siano state fatturate, per errore, prestazioni in tutto o in parte inesistenti o non finanziabili;
- rappresentare in modo non veritiero lo status dei degenti nella documentazione clinica.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione dei ricoveri e delle prestazioni da tariffare alla PA.

- Il Rappresentante Legale sottoscrive il budget annuo di rimborsi erogabili definito dalla Regione.
- Per ogni paziente sono definiti contratti di ingresso, sottoscritti da soggetti dotati di idonei poteri, nonché da parte delle famiglie degli ospiti / dei tutori e dei servizi sociali.
- Per ogni paziente viene predisposto il FASAS (Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario), contenente il diario clinico nel quale sono documentati gli eventi riguardanti l'evoluzione dello stato di salute dell'utente e sono registrati i trattamenti diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi effettuati. Il FASAS deve essere costantemente aggiornato e debitamente compilato.
- All'interno del FASAS sono archiviate le schede SOSIA compilate da parte dell'Equipe di competenza, finalizzate alla classificazione di ciascun paziente secondo il *case-mix* definito dalla Regione, ai fini del riconoscimento delle tariffe per le prestazioni erogate.
- Le schede SOSIA sono verificate a campione da parte del Responsabile Sanitario.
- Le schede SOSIA sono trasmesse all'ATS tramite il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) da parte dell'Accoglienza e Orientamento, il quale effettua una verifica in merito ai dati anagrafici di ciascun paziente e alle relative presenze.
- È garantita la riservatezza all'accesso e al trasferimento dei dati e dei flussi inoltrati all'ATS nonché la tracciabilità delle attività mediante sistemi di autenticazione informatica.
- Tutta la documentazione rilevante, dall'accettazione alla dimissione del paziente, è archiviata a cura del Responsabile / Ufficio competente.

## **4 GESTIONE DELLE DONAZIONI DA PARTE DI PRIVATI**

### **4.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l'esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;

- art.353 c.p. - Turbata libertà degli incanti;
- art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente;
- i reati societari (richiamati dall’art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;
- i reati di ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio (richiamati dall’art. 25-octies del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-bis c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-ter c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-ter 1 c.p. - Autoriciclaggio.

#### **4.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle donazioni da parte di privati e, in particolare, a:

- Presidente;
- Consiglio di Amministrazione;
- Responsabile Amministrativo.

#### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell’ambito dell’attività in oggetto, devono:

- assicurare che l’accettazione delle donazioni da parte della Fondazione sia in linea con i principi enunciati nel Codice Etico;
- garantire che le donazioni ricevute siano tali da non compromettere l’integrità e la reputazione di una della Fondazione e da non influenzare l’autonomia di giudizio del beneficiario;
- garantire la corretta archiviazione di tutta la documentazione attestante la donazione.

È, inoltre, espressamente vietato:

- incorrere in possibili situazioni di conflitto di interessi nell’accettazione delle donazioni;
- omettere informazioni dovute al fine di orientare a proprio favore le decisioni di donatori;
- gestire qualsiasi rapporto con soggetti terzi sulla base di criteri di non correttezza e trasparenza;
- accettare donazioni quali provento di attività corruttiva, ovvero laddove anche solo il sospetto che il denaro donato sia frutto di attività illecite.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell’ambito della gestione delle donazioni da parte di privati.

- In caso di donazioni non anonime, viene rilasciata la ricevuta al donante sottoscritta dal Presidente.

- Il Responsabile Amministrativo raccoglie le somme di denaro e/o gli assegni a titolo di donazione e procede tempestivamente ad informare il centralino della sede di via Campanella.
- Le somme di denaro e/o gli assegni vengono consegnati al Responsabile Amministrativo, che provvede tempestivamente al versamento presso l'istituto bancario.
- In caso di eredità, il Consiglio di Amministrazione valuta l'insieme delle situazioni giuridiche attive e passive trasmissibili per verificare la convenienza dell'accettazione della donazione.
- Il Consiglio di Amministrazione verifica l'assenza di situazioni di conflitto d'interesse nell'accettazione della donazione.
- Il Consiglio di Amministrazione definisce i soggetti autorizzati ad approvare la ricezione delle donazioni, all'interno del sistema dei poteri di firma e deleghe ed eventuali procure.
- Tutte le donazioni ricevute vengono registrate, anche qualora effettuate in forma anonima, da parte del Responsabile Amministrativo.

## 5 GESTIONE DELLE RETTE DEI PAZIENTI

### 5.1 *I reati potenzialmente rilevanti*

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati societari (richiamati dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-bis c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati.

### 5.2 *Ambito di applicazione*

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle rette dei pazienti e, in particolare, a:

- Direttore Generale;
- Accoglienza e Orientamento;
- Responsabile Amministrativo.

### 5.3 *Regole di comportamento*

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- operare nel rispetto di leggi e normative vigenti;
- operare in coerenza con il sistema di poteri di firma e deleghe ed eventuali procure;
- preferire, ove possibile, il canale bancario nell'effettuazione delle operazioni di incasso delle rette dei pazienti;
- utilizzare la clausola di non trasferibilità per le operazioni a mezzo assegno bancario;
- agire nel pieno rispetto della normativa antiriciclaggio e delle procedure interne e di controllo.

È, inoltre, espressamente vietato:

- incassare le rette senza attivare il corretto processo di registrazione dell'operazione e/o distogliendo la disponibilità delle stesse dalle casse della Fondazione;
- sollecitare o effettuare operazioni idonee a favorire il riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite o criminali;
- accettare rette superiori a quelle definite quale corrispettivo ottenuto a seguito di attività corruttive a vantaggio di soggetti terzi.

#### **5.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione delle rette dei pazienti.

- Le rette ed i relativi importi per ciascun servizio offerto dalla Fondazione sono pubblicate sul sito della stessa.
- Al momento dell'ingresso, la persona anziana/disabile e/o il suo familiare o tutore si impegnano a:
  - sottoscrivere il contratto di ricovero;
  - versare una cauzione pari a una retta;
  - liquidare mensilmente la retta.
- I contratti sono sottoscritti da soggetto dotato di idonei poteri.





FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale H**

#### ***Gestione delle attività di comunicazione e sponsorizzazione***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione

28 novembre 2012 aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione delle attività di comunicazione e sponsorizzazione sono:

- gestione delle sponsorizzazioni;
- gestione delle attività di comunicazione.

## 3 GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI

### 3.1 *I reati potenzialmente rilevanti*

I reati e gli illeciti amministrativi che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell’ambito dell’attività sensibile in oggetto (si rimanda all’Allegato 1 del Modello “*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*” per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- i reati contro la Pubblica Amministrazione (richiamati dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 318 c.p. - Corruzione per l’esercizio della funzione;
  - art. 319 c.p. - Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio;
  - art. 319-*quater* c.p. - Induzione indebita a dare o promettere utilità;
  - art. 320 c.p. - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio;
  - art. 321 c.p. - Pene per il corruttore;
  - art. 322 c.p. - Istigazione alla corruzione;
  - art. 353 c.p. - Turbata libertà degli incanti;
  - art. 353-bis – Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente;
- i reati societari (richiamati dall’art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 2635 c.c. - Corruzione tra privati;
  - art. 2635-*bis* c.c. - Istigazione alla corruzione tra privati;

- i reati di ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio (richiamati dall'art. 25-octies del D.Lgs. 231/2001), in particolare:
  - art. 648 c.p. - Ricettazione;
  - art. 648-bis c.p. - Riciclaggio;
  - art. 648-ter c.p. - Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita;
  - art. 648-ter 1 c.p. - Autoriciclaggio.

### **3.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle sponsorizzazioni e, in particolare, a:

- Presidente;
- Direttore Generale.

### **3.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- garantire che tutte le sponsorizzazioni siano debitamente autorizzate nel rispetto del sistema di deleghe e procure in vigore e secondo le soglie di valore definite, tracciate e verificabili;
- assicurarsi che il valore, la natura e lo scopo delle sponsorizzazioni siano considerati legali ed eticamente corretti, tali da non compromettere l'immagine della Fondazione ovvero non siano interpretati come un mezzo per ottenere trattamenti di favore per la stessa;
- effettuare erogazioni sotto forma di sponsorizzazioni unicamente per sostenere iniziative di Enti regolarmente costituiti ai sensi di legge e che non contrastino con i principi etici della Fondazione;
- nel selezionare le iniziative da sostenere, operare con estrema attenzione al fine di evitare ogni possibile situazione di conflitto di interesse;
- formalizzare ogni sponsorizzazione attraverso un accordo scritto con il beneficiario in cui devono essere dettagliate le informazioni inerenti alla sponsorizzazione richiesta.

È, inoltre, espressamente vietato:

- promettere o offrire sponsorizzazioni, anche sotto pressione psicologica o coercizione, anche se indirettamente, per tramite di interposta persona, a soggetti appartenenti alla Pubblica Amministrazione o controparti private o a soggetti da questi segnalati con la finalità, anche implicita, di promuovere o favorire interessi della Fondazione o a vantaggio di quest'ultima;
- erogare sponsorizzazioni qualora vi sia il fondato sospetto che ciò possa esporre la Fondazione al rischio di commissione di uno dei reati disciplinati dal D.Lgs. 231/2001.

### **3.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione delle sponsorizzazioni.

- Eventuali richieste di sponsorizzazione da soggetti terzi sono sottoposte al Presidente e/o al Direttore Generale, per valutazione e validazione.

- Le sponsorizzazioni sono gestite in forza di specifici contratti / accordi sottoscritti da soggetti dotati di idonei poteri.
- L'erogazione di sponsorizzazioni è autorizzata da soggetti dotati di idonei poteri sulle coordinate bancarie indicate formalmente dalla controparte e comunque non verso persone fisiche.
- La controparte rilascia apposita certificazione che attesta la ricezione della sponsorizzazione.
- Tutta la documentazione rilevante è archiviata da parte del Presidente.

## **4 GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE**

### **4.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati e gli illeciti amministrativi che La Pelucca ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito dell'attività sensibile in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello "*I reati e gli illeciti amministrativi del Decreto Legislativo 231/2001*" per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie richiamata) sono:

- delitti in materia di violazione del diritto d'autore (richiamati dall'art. 25-*novies* del D.Lgs. 231/2001).

### **4.2 Ambito di applicazione**

Le successive regole di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, sono coinvolti nella gestione delle attività di comunicazione e, in particolare, a:

- Affari Istituzionali.

### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari che, in ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nell'ambito dell'attività in oggetto, devono:

- operare nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio;
- vigilare sulla corretta applicazione di tutti gli accorgimenti ritenuti necessari al fine di fronteggiare, nello specifico, i reati in materia di violazione del diritto d'autore, suggerendo ogni più opportuno adeguamento.

È, inoltre, espressamente vietato:

- duplicare, utilizzare o trasmettere, in qualsiasi forma o modalità, immagini, musica e altri beni protetti da copyright, nel caso in cui non si detenga esclusiva proprietà e/o legittimo titolo all'uso;
- riprodurre, duplicare, trasmettere o diffondere abusivamente, vendere o commerciare, cedere a qualsiasi titolo o importare abusivamente copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi;
- è vietato effettuare download illegali o trasmettere a soggetti terzi contenuti protetti dal diritto d'autore;
- arrecare qualsiasi forma di danno, attraverso l'utilizzo improprio non autorizzato, all'onore o alla reputazione dell'autore di un'opera dell'ingegno protetta o parte di essa.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Si elencano di seguito i presidi di controllo che devono essere posti in essere nell'ambito della gestione delle attività di comunicazione.

- I contenuti divulgati verso l'esterno tramite i diversi canali di comunicazione a disposizione (e.g. brochure, sito internet, social media) sono definiti a cura dell'Ufficio Affari Istituzionali.
- Le immagini/fotografie utilizzate sono prevalentemente autoprodotte dalla Fondazione.
- Eventuali immagini/fotografie che ritraggano gli ospiti della Fondazione vengono utilizzate solo previa liberatoria da parte degli stessi.
- Nel caso di utilizzo di immagini/fotografie/audio protetti dal diritto d'autore, l'Ufficio Affari Istituzionali garantisce l'acquisto dei relativi diritti.



FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO "LA PELUCCA" – ONLUS

Sede legale via Campanella 8/10 – 20099 SESTO SAN GIOVANNI – MI

Tel. 02.2483240 – C.F. 85001850156 – P.IVA 00987080967

## **Modello di organizzazione, gestione e controllo**

*(adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001)*

### **Parte Speciale I**

#### ***Gestione della Salute, Sicurezza e Ambiente***

Documento approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione 28 novembre 2012  
aggiornato con delibera del 25 Marzo 2024

Rev. 01

## 1 FINALITÀ

La presente Parte Speciale del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito anche “il Modello”) della Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca Onlus (di seguito anche “La Pelucca” o “Fondazione”) ha la finalità di definire i principi di comportamento e i presidi di controllo che i Destinatari (come definiti al par. 4 dell’Introduzione alla Parte Generale) coinvolti nell’ambito delle “attività sensibili” elencate al successivo par. 2 devono osservare al fine di prevenire la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/2001 e assicurare condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività della Fondazione.

Tutti i Destinatari sono, inoltre, chiamati, ciascuno per quanto di propria competenza, al rispetto di:

- Parte Generale del Modello;
- Codice Etico;
- sistema di poteri in vigore;
- check list Immobili;
- check list reati Ambientali;
- check list reati Salute e Sicurezza;
- ogni altro documento che regoli attività rilevanti ai sensi del Decreto.

## 2 LE ATTIVITÀ SENSIBILI

Le attività che la Fondazione, a seguito dell’attività di *risk assesment*, ha considerato sensibili ai sensi del D.Lgs. 231/2001 nell’ambito del processo di gestione del personale sono:

- Gestione delle attività relative allo svolgimento degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- Gestione delle attività relative allo svolgimento degli adempimenti in materia ambientale.

## 3 GESTIONE DELLE ATTIVITÀ RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Le attività che la Fondazione considera primarie nella gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro inerenti ai lavoratori della Fondazione sono correlate alla potenziale inosservanza di norme poste a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori o di prevenzione degli incidenti da cui possa discendere un evento dannoso (morte o lesione), in particolare:

- determinazione delle politiche di salute e sicurezza sul lavoro e di prevenzione degli infortuni volte a definire gli impegni generali assunti per la prevenzione dei rischi ed il miglioramento progressivo della salute e sicurezza;
- identificazione della corretta applicazione delle prescrizioni delle leggi e dei regolamenti applicabili in tema di sicurezza sul lavoro e prevenzione degli infortuni;
- identificazione e valutazione dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro per tutte le categorie di lavoratori;

- fissazione di obiettivi allineati con gli impegni generali definiti nelle politiche di cui al primo punto ed elaborazione dei programmi per il raggiungimento di tali obiettivi con relativa definizione di priorità, tempi ed attribuzioni delle rispettive responsabilità in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- sensibilizzazione della struttura aziendale, a tutti i livelli, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche attraverso la programmazione di piani di formazione;
- attuazione di adeguate attività di monitoraggio, verifica e ispezione al fine di assicurare l'efficacia del sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro e di prevenzione degli infortuni;
- attuazione delle necessarie azioni correttive e preventive, in funzione degli esiti del monitoraggio;
- effettuazione di un periodico riesame da parte della direzione aziendale al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del sistema aziendale di gestione per la sicurezza sul lavoro e la tutela della salute e di prevenzione degli infortuni, nonché l'adeguatezza di quest'ultimo rispetto alla realtà della Fondazione.

### **3.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati che la Fondazione ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito della conduzione delle attività in oggetto sono (si rimanda all'Allegato 1 del Modello - "Catalogo dei reati e illeciti amministrativi presupposto del D.Lgs. 231/2001" - per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie di reato richiamata):

- omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (richiamati dall'art. 25-septies del D.Lgs. 231/2001).

### **3.2 Ambito di applicazione**

I successivi principi di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti i lavoratori della Fondazione, e in particolare, ma non esclusivamente, a:

- Datore di Lavoro (Direttore Generale);
- Dirigente per la sicurezza (Direttore Sanitario);
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ("RSPP");
- squadra di gestione delle emergenze;
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (d'ora in avanti anche "RLS");
- Medico competente;
- altri Responsabili di Ufficio competenti (es. Ufficio Risorse Umane, Responsabile Amministrativo, Facility Manager, Responsabile Operativo, ecc.);
- Preposti (Coordinatori);
- i lavoratori (dipendenti e i collaboratori) della Fondazione.

### **3.3 Regole di comportamento**

Tutti i dipendenti e i collaboratori della Fondazione devono:



- rispettare gli obblighi dalla legislazione applicabile in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché osservare scrupolosamente le disposizioni e le istruzioni impartite dai soggetti preposti al fine di preservare la salute e la sicurezza propria e di tutti i lavoratori;
- rispettare le linee guida aziendali e le procedure/protocolli a regolamentazione delle tematiche in materia di salute, igiene e sicurezza sul lavoro;
- collaborare, mediante i propri rappresentanti, alla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e salute sul lavoro;
- segnalare tempestivamente alle strutture individuate e con le modalità definite nelle procedure/protocolli aziendali in vigore, eventuali situazioni di pericolo e rischio, infortuni, malattie professionali o situazioni di Near miss (o quasi incidenti), e violazioni alle regole di comportamento e alle procedure aziendali;
- utilizzare, secondo le istruzioni, le attrezzature presenti sul luogo di lavoro, nonché i dispositivi di protezione individuali e collettivi, ove previsti;
- non rimuovere o modificare in nessun modo i dispositivi di sicurezza di macchine e attrezzature o altri dispositivi di segnalazione o di controllo;
- non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che possano compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori o che possano esporre sé stessi, i propri colleghi o terzi a situazioni di pericolo;
- segnalare ogni anomalia, situazione o rischio per la sicurezza e salute differenti da quelli noti o particolarmente significativi;
- partecipare alle sessioni formative e di addestramento organizzate dalla Fondazione sui rischi per la sicurezza e salute del lavoro.

Gli esponenti della Fondazione, specificatamente responsabili, devono, inoltre:

- mantenere aggiornato e rispettare il corpo regolamentare ed il sistema di procure e deleghe in materia di salute e sicurezza in vigore;
- perseguire l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non è possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- garantire la programmazione della prevenzione, mirando ad un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni produttive e organizzative dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente di lavoro;
- perseguire l'obiettivo di "nessun danno alle persone" e la riduzione dei rischi alla fonte;
- promuovere una cultura nella quale tutti i lavoratori partecipino a questo impegno;
- garantire il rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro;
- contenere l'utilizzo di agenti chimici e biologici sul luogo di lavoro;
- garantire la definizione di adeguate misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave e immediato;
- garantire l'idoneità delle risorse umane - in termini di numero, qualifiche professionali e formazione - e dei materiali, necessaria al raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Fondazione per il mantenimento e/o miglioramento dei livelli di sicurezza e salute dei lavoratori;

- garantire l'acquisizione e la gestione dei mezzi, delle attrezzature, degli impianti e, in generale, delle strutture aziendali nel rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge, anche attraverso un processo continuo di manutenzione (ordinaria e straordinaria) degli stessi;
- garantire un adeguato livello di formazione, addestramento e informazione ai lavoratori;
- segnalare tempestivamente alle strutture individuate a norma di legge e/o internamente eventuali segnali / eventi di rischio / pericolo indipendentemente dalla loro gravità.

### **3.4 Presidi di controllo**

Nella gestione delle attività in oggetto, tutti i referenti coinvolti dovranno assicurare che siano formalmente tracciabili e documentati (anche ai fini delle attività di verifica di competenza dell'Organismo di Vigilanza) i seguenti presidi di controllo ritenuti maggiormente rilevanti al fine di mitigare potenziali rischi-reato ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

La Fondazione ha implementato un sistema di prassi consolidate e procedure che normano tutta l'attività lavorativa, integrato con aspetti di salute e sicurezza sul lavoro.

#### **3.4.1 Rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi ad attrezzature, impianti, luoghi di lavoro nonché ad agenti chimici, fisici e biologici**

Il Datore di lavoro, con il supporto del RSPP, degli Uffici competenti (es. Responsabile Amministrativo, Facility Manager, Responsabile Operativo, ecc.); e dei preposti provvede a:

- individuare, anche a seguito della redazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e successivi aggiornamenti, lo stato di conformità (e le eventuali azioni di miglioramento) rispetto agli standard tecnico-strutturali di legge, di attrezzature, impianti (ad esclusivo titolo esemplificativo, impianti termici ed elettrici, di messa a terra, di prevenzione incendi), luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici, e le relative responsabilità di attuazione;
- effettuare controlli periodici dei luoghi di lavoro finalizzati a garantire il mantenimento nel tempo degli standard di legge;
- pianificare ed effettuare, o verificare che siano effettuate da società/professionisti esterni qualificati, le manutenzioni periodiche e straordinarie delle macchine e delle attrezzature di lavoro utilizzate, registrandone l'avvenuta effettuazione in idonea documentazione e nel gestionale dedicato in coerenza con le indicazioni dei manuali d'uso e manutenzione dei singoli impianti tecnologici e delle informazioni acquisite dai fornitori/produttori delle macchine e attrezzature;
- definire i requisiti di sicurezza che i referenti aziendali preposti devono verificare preliminarmente all'approvvigionamento di attrezzature, impianti, agenti chimici, fisici e biologici, per lo sviluppo e realizzazione di prodotti/servizi;
- garantire un monitoraggio continuo sull'evoluzione degli standard tecnico-strutturali e della normativa.

#### **3.4.2 Valutazione dei rischi e predisposizione delle relative misure di prevenzione e protezione conseguenti, metodologia adottata e mappatura dei fattori di rischio individuati**

Il Datore di Lavoro, coadiuvato dal RSPP, con il supporto del Medico competente e del RLS, effettuano la valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza, al fine di identificare ed attuare le misure di prevenzione e protezione dei lavoratori, riducendo a livelli accettabili i rischi connessi, in relazione alle conoscenze acquisite ed alla priorità definita.

Tale analisi è formalizzata in apposito documento (“Documento di Valutazione dei Rischi” o “DVR”), così come previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e dalla ulteriore normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro, contenente l’identificazione e la valutazione dei rischi per ogni mansione aziendale, le misure di prevenzione e protezione ed i dispositivi di protezione individuale assegnati a ciascun lavoratore nonché quanto previsto dall’art. 28 comma 2 del D.Lgs. 81/2008, sottoscritto a cura del Datore di Lavoro.

Il Datore di Lavoro, in collaborazione con i referenti della sicurezza di cui sopra, provvede pertanto a:

- valutare tutti i rischi associati alle attività ed alle mansioni dei lavoratori della Fondazione e ad elaborare e formalizzare il documento di valutazione dei rischi;
- aggiornare il DVR per sopravvenuti mutamenti organizzativi e procedurali, modifiche tecniche, modifiche rese necessarie da evoluzione normative, nonché a seguito di infortuni significativi che ne evidenzino la necessità, in tempi brevi e comunque non oltre un mese dagli avvenuti mutamenti e modifiche;
- formalizzare una valutazione dei rischi specifica per ogni mansione e/o attività svolta dai propri lavoratori con identificazione e valutazione di ogni specifico pericolo e rischio connesso e delle misure per la loro mitigazione e riduzione;
- valutare i rischi di interferenza con le mansioni di lavoratori di società terze operanti presso la Fondazione, con la redazione del Documento Unico dei Rischi Interferenziali - DUVRI.

Il Datore di Lavoro provvede, inoltre, a:

- garantire il diritto di accesso e utilizzo, senza costi, per ogni lavoratore a idonei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) - e/o Collettivi - adeguati alla mansione svolta, assicurando anche la registrazione dei dispositivi di sicurezza assegnati;
- assicurare l’attuazione delle metodologie per l’analisi e la classificazione degli incidenti e degli eventi pericolosi eventualmente registrati;
- assicurare la definizione delle responsabilità per l’attuazione di misure atte a mitigare le conseguenze a seguito di incidenti o non conformità, nonché per l’avvio e il completamento di misure correttive.

Con particolare riferimento alla gestione delle attività e dei servizi erogati da terzi presso lo stabilimento e prima di avviare i lavori, si procede inoltre ad effettuare l’elaborazione (in coordinamento con il/i Datore/i di Lavoro delle/delle società terze e/o delle società prestatrici di opera in appalto/subappalto), di un documento, da allegare al contratto, che indichi le misure adottate per eliminare o, ove ciò non sia possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze, al fine di promuovere la cooperazione ed il coordinamento tra i Datori di Lavoro, provvedendo anche alla stima dei relativi oneri delle misure preventive e protettive finalizzate alla sicurezza e salute dei lavoratori.

Tale documento, in funzione delle richieste normative, potrà configurarsi in:

- Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC), nel caso di appalti che ricadano nell'ambito di applicazione del titolo IV del D.Lgs. 81/08 - Testo Unico della Sicurezza sul lavoro (o TUS), redatto dal Coordinatore per la Sicurezza in fase di Progettazione (CSP), nominato dal soggetto Committente;
- POS (Piano Operativo di Sicurezza), fornito dai terzi in regime di appalto che ricadano nell'ambito di applicazione del titolo IV del TUS. È sottoscritto dal Datore di Lavoro e consegnato al Datore di Lavoro della Pelucca per gli adempimenti di legge del caso;
- DUVRI, per le restanti tipologie di appalti, redatto, ove previsto dall'art. 26 del D.Lgs. 81/2008, dal Datore di Lavoro committente.

### *3.4.3 Attività di natura organizzativa, comprese emergenze, primo soccorso, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza*

La Fondazione è dotata di un sistema di nomine e deleghe che definisce le responsabilità, i compiti e i poteri in materia di sicurezza, prevenzione infortuni e igiene sul lavoro. Il Datore di Lavoro provvede al mantenimento ed eventuale aggiornamento (e connesse comunicazioni e flussi informativi) delle nomine del RSPP e del Medico competente; sono designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza (addetti al primo soccorso e addetti alle emergenze in caso d'incendio, etc.). A supporto della gestione delle emergenze è redatto il Piano di Emergenza per ogni Unità d'offerta.

Il Datore di Lavoro garantisce l'adeguatezza, efficacia di ruolo, indipendenza per quanto di competenza e aggiornamento formativo delle squadre di emergenza, secondo l'Accordo Stato-Regioni sulla formazione del 21 dicembre 2011 (Pubblicato in GU n° 8 dell'11/01/2012).

Inoltre:

- i responsabili in materia di sicurezza sul lavoro sopra identificati devono esercitare, per l'area di loro competenza, tutti i poteri attribuiti ed adempiere a tutti gli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., nonché da tutte le altre leggi e regolamenti in materia di sicurezza, prevenzione infortuni ed igiene ambientale applicabili;
- tutti i lavoratori sono opportunamente informati e formati (ed addestrati in occasione delle esercitazioni di emergenza) in merito ai riferimenti (sia interni che esterni) da contattare in caso di emergenza e le azioni da compiere per una sicura evacuazione.

In particolare, sono definite e divulgate istruzioni e/o procedure operative finalizzate a:

- garantire la sicurezza e salute sul luogo di lavoro;
- gestire le attività in appalto e subappalto ed i relativi rischi di interferenza;
- regolamentare i flussi informativi;
- garantire l'effettuazione di attività operative e definire istruzioni per svolgere correttamente ed in sicurezza le attività relative ad ogni figura professionale;
- garantire la corretta gestione delle situazioni d'emergenza e prevedere prove di emergenza/evacuazione periodiche, contestualmente verbalizzate e corredate con l'elenco e le firme dei partecipanti e con i documenti fotografici.

Il Datore di Lavoro, con il supporto del Dirigente per la Sicurezza ed il RSPP garantisce che:

- siano indette, come previsto dall'art. 35 del D.Lgs. 81/2008 almeno una volta all'anno, riunioni periodiche alle quali partecipino tutte le figure chiave della sicurezza;
- sia assicurata la continua formazione, sensibilizzazione e competenza in materia di Sicurezza e Salute del Lavoro di tutti i lavoratori, per le linee guida generali e sui rischi specifici connessi alla loro mansione, nonché del personale responsabile, per le relative specifiche competenze;
- sia effettuata la registrazione dell'avvenuta effettuazione delle suddette attività, nonché l'archiviazione della documentazione relativa.

Nel corso della riunione annuale, il Datore di Lavoro sottopone all'esame dei partecipanti almeno i seguenti argomenti:

- il documento di valutazione dei rischi e conseguenti misure di prevenzione;
- l'andamento degli infortuni, delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;
- i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;
- i programmi di informazione e formazione dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

#### 3.4.4 Gestione degli appalti e delle forniture

In generale, l'attività di affidamento di lavori a terzi è disciplinata dalla normativa di riferimento, per quanto attiene a criteri per la verifica dei requisiti, modalità di assegnazione e controlli previsti.

Il processo di qualifica dei fornitori effettuato dalla Fondazione impone la richiesta e la verifica, con il supporto del RSPP, del Facility Manager e della Funzione Amministrativa, del possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale dell'impresa appaltatrice o dei lavoratori autonomi per lo svolgimento dell'attività nonché l'acquisizione di documentazione specifica quale ad es. l'iscrizione alla Camera di Commercio, così come indicato all'art. 26 *Obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione* (nel caso di appalti di servizi e manutenzione) e art. 90 *Obblighi del committente o del responsabile dei lavori* del D.Lgs 81/2008 (nel caso di appalti operanti in cantieri temporanei o mobili).

Il Datore di Lavoro, con il supporto del RSPP, del Facility Manager e coadiuvato dai preposti per la sicurezza che assicurano, durante l'esecuzione dei lavori:

- la cooperazione tra i Datori di Lavoro per all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro di incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto;
- il coordinamento degli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori (reciprocamente scambio di informazioni anche al fine di ridurre i rischi dovuti alle interferenze - qualora si presentassero - tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva).

In caso di appalti ricadenti nel Titolo IV del D.Lgs. 81/2008, il Committente dei lavori, o il Responsabile dei Lavori, se individuato, deve ottemperare ai disposti dell'art. 90 *Obblighi del committente o del responsabile dei lavori* del D.Lgs 81/2008, nel periodo di attività del cantiere.

### 3.4.5 Attività di sorveglianza sanitaria

È responsabilità del Datore di Lavoro, con il supporto dell'Ufficio Risorse Umane, assicurare al Medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento della sorveglianza sanitaria dei lavoratori alle dipendenze della Fondazione, dotandoli degli adeguati spazi per l'esecuzione dell'attività di propria competenza e per la registrazione dell'avvenuto adempimento degli obblighi di legge indicati di seguito, nonché per l'archiviazione della relativa documentazione.

È responsabilità del Medico competente, purché non a scapito degli accertamenti obbligatori previsti a norma di legge, valutare l'adeguatezza ed eventualmente aggiornare il programma di sorveglianza in base alle eventuali sopravvenute esigenze. In particolare, il Medico competente deve, così come previsto dall'art. 25 del TUS, tra l'altro:

- collaborare con il Datore di Lavoro, con il Servizio Prevenzione e Protezione e con il RLS nella valutazione dei rischi;
- programmare ed effettuare: (i) accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica, (ii) accertamenti periodici, volti a controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- istituire, aggiornare e custodire la cartella sanitaria e di rischio di ogni lavoratore;
- visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno e produrre relativo verbale delle verifiche effettuate;
- collaborare alle attività di formazione e informazione;
- collaborare alla predisposizione del servizio di Pronto Soccorso;
- formalizzare e comunicare al lavoratore l'esito delle analisi svolte, contenente giudizi di idoneità o inidoneità, rilasciandone duplice copia (una al lavoratore e una al Datore di Lavoro per la relativa archiviazione);
- partecipare alla riunione periodica di sicurezza ex art. 35 del TUS, rendicontando sulle visite effettuate, l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali, ecc.

Gli obblighi di sorveglianza sanitaria sono riferiti a tutti i lavoratori della Fondazione.

### 3.4.6 Informazione, formazione e addestramento in materia di salute e sicurezza sul lavoro

Il Datore di lavoro, con il supporto del RSPP, dell'Ufficio Risorse Umane ed eventualmente con il supporto di professionisti specializzati in materia, garantiscono che siano attivate le azioni necessarie a:

- predisporre il Piano Annuale di formazione/addestramento con individuazione delle necessità di formazione ai lavoratori;
- organizzare ed erogare programmi di formazione/addestramento ai lavoratori neoassunti/soggetti a cambio mansione;
- organizzare ed erogare programmi di formazione specifici e periodici anche per gruppi particolari (es. antincendio e primo soccorso);
- registrare le attività di formazione e conservare le tabelle riassuntive della formazione svolta nel corso dell'anno con relativa documentazione (fogli presenza dei partecipanti, eventuali schede di verifica apprendimento, materiale didattico distribuito);

- effettuare periodicamente verifiche volte ad accertare il livello di apprendimento e la consapevolezza in ambito di sicurezza dei lavoratori, formalizzando e archiviando i risultati;
- organizzare prove di simulazione di emergenza e di evacuazione con periodicità almeno annuale;
- comunicare ai fornitori e agli appaltatori dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nei siti della Fondazione nonché le regole comportamentali e di controllo adottate, definite nel presente documento e nelle procedure aziendali;
- provvedere all'erogazione della necessaria formazione, informazione ed addestramento dei lavoratori a seguito di aggiornamenti normativi ed a seguito di mutamenti organizzativi, tecnici o procedurali con impatto sulla attività lavorativa ai fini della sicurezza.

#### *3.4.7 Attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori*

Il Datore di Lavoro vigila sul corretto espletamento delle attività delegate; i Preposti, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, sovrintendono e vigilano sull'osservanza, da parte dei lavoratori, degli obblighi di legge e delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

La vigilanza si esplica anche mediante i sopralluoghi svolti dal RSPP, nonché dal Medico competente presso i luoghi di lavoro.

Nel caso di *audit* in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di lavoro, con il supporto del RSPP assicura che:

- sulla base di un "piano di verifica", sia effettuata l'attività di verifica periodica sul sistema interno di gestione della sicurezza e salute, anche con l'eventuale supporto di professionisti esterni formalmente incaricati nel rispetto delle regole comportamentali e di controllo definite nel presente Modello;
- siano esaminati i verbali delle verifiche periodiche, con particolare riferimento ai rilievi emersi (non conformità e/o osservazioni) e al relativo piano di azione in cui sono indicati gli interventi necessari per rimuovere le non conformità riscontrate, il soggetto responsabile della loro attuazione e le tempistiche.

#### *3.4.8 Sistemi di registrazione implementati*

La documentazione rilevante in materia salute e sicurezza è gestita in forma cartacea ed informatica (data base e programmi gestionali aziendali) dalle rispettive figure aziendali competenti.

### **3.5 Sorveglianza e sistema disciplinare**

Il Datore di Lavoro, anche attraverso il RSPP ed i Preposti, effettua attività di sorveglianza sull'applicazione, anche da parte dei lavoratori, della normativa e degli adempimenti previsti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché effettua periodiche attività di controllo atte a verificare l'efficacia delle procedure/protocolli adottate e a garantire il mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate.

È presente un sistema disciplinare della Fondazione, in coerenza con il Contratto Collettivo Nazionale applicato.

In caso di provvedimenti disciplinari adottati in materia di salute e sicurezza sul lavoro il Datore di Lavoro e il RSPP sono informati al fine di consentire la definizione di eventuali misure di prevenzione e controllo del rischio.

#### **4 GESTIONE DELLE ATTIVITÀ RELATIVE ALLO SVOLGIMENTO DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA AMBIENTALE**

La Fondazione considera rilevanti nella gestione ambientale delle proprie attività le seguenti:

- Gestione dei rifiuti;
- Gestione dei gas contenuti negli impianti di refrigerazione.

##### **4.1 I reati potenzialmente rilevanti**

I reati che La Pelucca ritiene potenzialmente applicabili nell'ambito della conduzione delle attività in oggetto (si rimanda all'Allegato 1 del Modello - "Catalogo dei reati e illeciti amministrativi presupposto del D.Lgs. 231/2001" - per una descrizione di dettaglio di ciascuna fattispecie di reato richiamata) sono:

- i reati in materia ambientale (richiamati dall'art. 25-undecies del D.Lgs. 231/2001), in particolare sono:
  - art. 260 c. 1 del D.Lgs. 152/2006 - attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti;
  - art. 256 c. 5 D.Lgs. 152/2006 - miscelazione di rifiuti pericolosi;
  - art. 258 c. 4 secondo periodo D.Lgs. 152/2006 - violazione degli obblighi di comunicazione, di tenuta dei registri obbligatori e dei formulari;
  - art. 256 c. 6 primo periodo D.Lgs. 152/2006 - Deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi;
  - art. 452-bis c.p. - inquinamento ambientale;
  - art. 452-quinquies c.p. - delitti colposi contro l'ambiente.

##### **4.2 Ambito di applicazione**

I successivi principi di comportamento e presidi di controllo si applicano a tutti gli esponenti aziendali coinvolti nelle attività in oggetto, e in particolare, ma non esclusivamente a:

- Legale Rappresentante (Direttore Generale);
- Direttore Sanitario;
- altri Responsabili di Ufficio competenti (es. Responsabile Amministrativo, Facility Manager, Ufficio Affari Istituzionali, Responsabile Operativo);
- Preposti (Coordinatori);
- i lavoratori (dipendenti e i collaboratori) della Fondazione.

##### **4.3 Regole di comportamento**

I Destinatari, che per ragione del proprio incarico o della propria funzione, siano coinvolti nella gestione ambientale - ivi incluse le relative attività di controllo e monitoraggio - sono tenuti ad osservare le modalità esposte nel presente documento, le previsioni di legge esistenti in materia e le norme comportamentali richiamate dal Codice Etico.

Tutti i dipendenti e i collaboratori della Fondazione devono:

- rispettare la normativa ambientale vigente ed osservare tutte le prescrizioni inserite in eventuali autorizzazioni ambientali;



- osservare le indicazioni aziendali atte a garantire la prevenzione dell'inquinamento e la pronta risposta alle emergenze ambientali;
- segnalare tempestivamente alle strutture individuate eventuali situazioni di pericolo per l'ambiente;
- perseguire l'obiettivo di "nessun danno all'ambiente";
- partecipare alle sessioni formative e di addestramento organizzate dalla Fondazione sui rischi per l'ambiente.

Gli esponenti della Fondazione individuati quali responsabili, a vario titolo e con differenti responsabilità, degli adempimenti in materia ambientale, ognuno nell'ambito di propria competenza, devono, inoltre:

- operare in coerenza, mantenere aggiornato e rispettare il corpo regolamentare ed il sistema di procure e deleghe in materia ambientale in vigore;
- provvedere alla redazione ed aggiornamento di specifiche linee guida / procedure / istruzioni operative ambientali, formare il personale sui contenuti delle stesse e vigilare sull'osservanza della loro applicazione;
- attenersi alle regole impartite attraverso modalità operative consolidate, procedure e istruzioni operative scritte al fine di prevenire ogni impatto ambientale derivante dalle proprie attività;
- preventivamente richiedere, acquisire e rinnovare nei tempi indicati dall'autorità competente le eventuali autorizzazioni ambientali necessarie per lo svolgimento della propria attività, laddove applicabile;
- diffondere ad ogni livello dell'organizzazione i principi della buona pratica ambientale e sensibilizzare tutti i propri fornitori affinché assicurino prodotti e servizi in linea con tali principi.

I Destinatari della presente Parte Speciale (così come individuati all'interno del par. 4.2) hanno, inoltre, il diritto di:

- essere informati, formati, consultati e resi partecipi delle questioni riguardanti la tutela ambientale, con particolare riferimento ai rischi specifici della Fondazione, sulle conseguenze di questi e sulle misure di prevenzione, nonché sulle conseguenze che il mancato rispetto di tali misure può provocare anche ai sensi del D.Lgs. 231/2001;
- ricevere istruzioni adeguate, anche attraverso corsi di formazione dedicati, sulla prevenzione ambientale.

#### **4.4 Presidi di controllo**

Alla luce di quanto emerso, sono di seguito elencati i presidi specifici di controllo di cui deve essere garantito il rispetto da parte dei soggetti, ognuno nell'ambito di propria competenza, che, nell'ambito dell'organizzazione della Fondazione, sono coinvolti nella gestione degli adempimenti previsti dalla vigente normativa in materia di tutela dell'ambiente.

##### **4.4.1 Gestione dei rifiuti**

Il Legale Rappresentante con il supporto dei Responsabili di Funzione/Area competenti (Ufficio Affari Istituzionali, Responsabile Operativo e Facility Manager) e la collaborazione del personale operativo, sono responsabili di:

- definire formalmente i ruoli, le responsabilità e le modalità operative per la verifica della corretta gestione operativa dei rifiuti prodotti;
- identificare le aree da utilizzare come deposito temporaneo dei rifiuti prodotti, garantendo il rispetto delle prescrizioni normative;
- supervisionare lo svolgimento di un controllo del volume e del tempo di giacenza dei rifiuti collocati del deposito temporaneo affinché siano rispettate le prescrizioni di legge in materia di rifiuti speciali e sanitari;
- supervisionare la corretta collocazione dei rifiuti stoccati, evitando che gli stessi vengano miscelati (ove questi dovessero essere miscibili), assicurando inoltre la presenza dei contrassegni indicanti i corretti contenitori;
- verificare l'esistenza dei requisiti ex lege dei fornitori dei servizi di smaltimento dei rifiuti (quali, a titolo esemplificativo, autorizzazioni e iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Rifiuti), acquisendo copia cartacea conforme della relativa documentazione, laddove non fosse possibile ottenere la copia in originale oppure tramite gli elenchi ufficiali degli Enti che hanno rilasciato l'autorizzazione;
- effettuare periodiche verifiche del mantenimento nel tempo dei requisiti ex lege dei trasportatori e destinatari dei rifiuti affidati, verificati in fase di selezione;
- supervisionare e predisporre ogni azione necessaria affinché la caratterizzazione dei rifiuti e la definizione delle specifiche modalità di smaltimento avvenga secondo i principi di accuratezza e nel rispetto delle prescrizioni normative, avvalendosi anche di laboratori terzi accreditati ai quali sono fornite chiare ed esaustive informazioni in merito al processo di produzione del rifiuto e garantendo la veridicità e completezza delle dichiarazioni inerenti, nonché di campioni rappresentativi del rifiuto;
- verificare la correttezza dei dati registrati nella dichiarazione annuale dei rifiuti (MUD) prima di sottoscriverlo e predisporre l'invio agli Enti preposti;
- assicurare periodicamente della avvenuta ricezione entro i termini di legge della quarta copia del Formulario di Identificazione Rifiuti - FIR;
- verificare che la movimentazione dei rifiuti (produzione, stoccaggio, esitazione) avvenga in condizioni di massima prevenzione ambientale;
- erogare specifiche sessioni formative dedicate al personale destinato alla gestione dei rifiuti ove illustrare le attività in termini di gestione stessa dei rifiuti consentite e vietate.

#### 4.4.2 *Gestione dei gas contenuti negli impianti di refrigerazione.*

Il Legale Rappresentante con il supporto del Facility Manager e la collaborazione del personale operativo, sono responsabili di:

- sottoporre gli impianti contenenti gas refrigeranti (fluorurati ad effetto serra - FGAS) a periodiche manutenzioni da parte di personale specializzato, al fine di garantirne l'efficienza e periodiche verifiche di tenuta dei circuiti refrigeranti per preservare l'ambiente da eventuali fughe;
- archiviare correttamente ed aggiornare periodicamente i dati di targa, la quantità di FGAS contenuti e le informazioni ed i rapporti registrati sulla banca dati Fgas relative alla manutenzione effettuata.

#### **4.5 Sorveglianza e sistema disciplinare**

Il Legale Rappresentante, anche attraverso i Responsabili di Funzione/Area competenti ed i Preposti, effettua attività di sorveglianza sull'applicazione, anche da parte dei lavoratori, della normativa e degli adempimenti previsti in materia ambientale. La Fondazione applica, in caso di comportamento non conforme alle suddette norme e prescrizioni, gli adeguati provvedimenti disciplinari in coerenza con il Contratto Collettivo Nazionale applicato.

In caso di provvedimenti disciplinari adottati in materia ambientale il Rappresentante Legale è informato al fine di consentire la definizione di adeguate misure di prevenzione e controllo del rischio.



## **PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI E IRREGOLARITÀ EX DLGS 231/01 ALL'ORGANISMO DI VIGILANZA**

### **1) RIFERIMENTI NORMATIVI**

La Legge 179/2017 all'art. 2 intitolato "Tutela del dipendente o collaboratore che segnala illeciti nel settore privato" ha introdotto il comma 2-bis all'articolo 6 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, che ha regolato una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito.

Di seguito nella Gazzetta Ufficiale del 15 marzo 2023 è stato pubblicato il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24, di recepimento della direttiva UE 2019/1937 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione" (cd. disciplina whistleblowing).

Si fa riferimento al dipendente di un ente che segnala all'Organismo di Vigilanza (di seguito ODV) violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'integrità dell'ente; la segnalazione, in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il segnalante contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'ente di appartenenza.

Lo scopo principale della segnalazione è quello di prevenire o risolvere un problema di rilevanza penale tempestivamente e internamente all'ente.

L'obiettivo della direttiva europea è stabilire norme minime comuni per garantire un elevato livello di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione, invitando i Datori di Lavoro a creare canali di comunicazione sicuri sia all'interno di un'organizzazione, sia all'esterno.

In casi specifici, è prevista la possibilità di effettuare la segnalazione mediante la divulgazione pubblica attraverso i media.

### **2) SCOPO DELLA PROCEDURA**

Scopo del presente documento è quello di rimuovere i fattori che possono ostacolare o disincentivare il ricorso alla segnalazione, quali i timori di ritorsioni o discriminazioni.

In tale prospettiva, l'obiettivo perseguito dalla decisione di creare una procedura è quello di fornire sia al segnalante sia al ricevente, chiare indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela che vengono offerte al segnalante, ma anche delle conseguenze in caso di segnalazioni strumentali o prive di fondamento.

### **3) OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE**

L'ODV considera rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, rischi, reati o irregolarità, consumati o tentati, ai danni dell'integrità dell'ente. In particolare la segnalazione può riguardare azioni od omissioni, commesse o tentate:

- rilevanti ai sensi del D.lgs. 231/01;
- poste in essere in violazione di leggi, regolamenti del Codice disciplinare, del Codice Etico, del Modello Organizzativo e delle procedure aziendali, relative alla tutela dei lavoratori, ivi inclusa la normativa antinfortunistica o di altre disposizioni interne sanzionabili in via disciplinare;

- a tutela della vita privata e protezione dei dati personali, sicurezza delle reti e dei sistemi informativi.

Restano invece escluse le contestazioni legate a un interesse di carattere personale del segnalante, che attengono ai rapporti individuali di lavoro.

Più specificatamente la segnalazione non può riguardare doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per cui occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza.

#### **4) CONTENUTO DELLE SEGNALAZIONI**

Il segnalante deve fornire tutti gli elementi utili a consentire all'ODV di procedere alle dovute ed appropriate verifiche ed accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione. A tal fine, la segnalazione deve comprendere:

- generalità del soggetto che effettua la segnalazione, con indicazione della posizione o funzione svolta (facoltativo);
- una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione;
- se conosciute, le circostanze di tempo e di luogo in cui sono stati commessi i fatti segnalati;
- se conosciute, le generalità o altri elementi (come la qualifica e il servizio in cui svolge l'attività) che consentano di identificare il/i soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione (testimoni);
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Le segnalazioni anonime, vale a dire prive di elementi che consentano di identificare il loro autore saranno prese in considerazione, purché si presentino adeguatamente:

- circostanziate, rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (esempio indicazioni di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

#### **5) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA SEGNALAZIONE**

Il canale interno identificato dalla Fondazione La Pelucca è la segnalazione indirizzata all'ODV.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- mediante invio, all'indirizzo di posta elettronica dell'ODV [odv@fondazionelapelucca.org](mailto:odv@fondazionelapelucca.org) pubblicato anche sul sito web della Fondazione;
- a mezzo del servizio postale o brevi manu; in tal caso, per poter usufruire della garanzia della riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "All' ODV riservata/personale";
- mediante colloquio riservato con l'ODV.

In ogni caso in cui la segnalazione sia resa in forma non anonima, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dall'ODV, essendo l'unico autorizzato ad accedere alle segnalazioni ricevute tramite i diversi canali a disposizione e che ne garantirà la riservatezza, fatti salvi i casi in cui non è opponibile per legge (indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo).

La persona segnalante può effettuare una divulgazione pubblica, qualora ricorra una delle seguenti condizioni (art. 15):

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

Resta inteso che ogni denuncia, esposto può essere resa direttamente all'autorità giudiziaria e all'ANAC.

## **6) ATTIVITA' DI GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE**

La gestione e la verifica della fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate all'ODV che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati.

A tal fine, l'ODV può avvalersi di consulenti esterni.

Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, l'ODV, in relazione alla natura della violazione, potrà comunicare l'esito dell'accertamento agli organi amministrativi affinché adottino gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'ente.

L'ODV diversamente potrà archiviare l'indagine.

Il Decreto disciplina anche le attività che l'OdV deve assicurare, ossia tra le altre:

- 1) rilasciare al segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro 7 giorni dalla data di ricezione;
- 2) dare diligente seguito alle segnalazioni ricevute;
- 3) fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento o, in mancanza di tale avviso, entro 3 mesi dalla scadenza del termine di 7 giorni dalla presentazione della segnalazione.

Si precisa che:

- 1) le segnalazioni non possono essere utilizzate oltre quanto necessario per dare adeguato seguito alle stesse;
- 2) l'identità del segnalante e qualsiasi altra informazione da cui può evincersi tale identità non possono essere rivelate, senza il consenso espresso dello stesso segnalante;

- 3) le segnalazioni e la relativa documentazione sono conservate per il tempo necessario al trattamento della segnalazione e, comunque, non oltre 5 anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione.

## 7) FORME DI TUTELA DEL SEGNALANTE

Per tutelare il segnalante e, al contempo, incentivare le segnalazioni, la normativa stabilisce che il primo non possa subire alcuna ritorsione, prevedendo specifiche misure di protezione e limitazioni della responsabilità.

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo), l'identità del segnalante viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Pertanto, fatte salve le eccezioni di cui sopra, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della segnalazione sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione, soprattutto nei casi in cui la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Nel caso segua un procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata al responsabile del contenzioso disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, sempre che tale circostanza venga da quest'ultimo dedotta e comprovata in sede di audizione o mediante la presentazione di memorie difensive.

Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

Dunque, il segnalante non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato la segnalazione di illecito:

- deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione all'ODV che, valutata la sussistenza degli elementi, segnala all'Ente l'ipotesi di discriminazione; in tal caso la Fondazione si deve attivare per valutare tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli



estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente autore della discriminazione;

- può interessare le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per la denuncia all'Ispettorato Nazionale del lavoro per i provvedimenti di propria competenza.

Il licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto segnalante è nullo. Sono, altresì, nulli il mutamento di mansioni ai sensi dell'articolo 2103 c.c., nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei confronti del segnalante.

È onere del datore di lavoro, in caso di controversie legate all'irrogazione di sanzioni disciplinari o a demansionamenti, licenziamenti, trasferimenti o sottoposizione del segnalante ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, successivi alla presentazione della segnalazione, dimostrare che tali misure sono fondate su ragioni estranee alla segnalazione stessa.

## **8) RESPONSABILITA' DEL SEGNALANTE**

Il Decreto prevede poi limitazioni alla responsabilità del soggetto segnalante, che non è punibile qualora riveli o diffonda informazioni su violazioni coperte dall'obbligo di segreto (diverso da quello su informazioni classificate segreto medico e forense e deliberazioni degli organi giurisdizionali), relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali o che offendono la reputazione della persona coinvolta o denunciata, quando, al momento della rivelazione o diffusione, vi fossero fondati motivi per ritenere che la rivelazione o diffusione delle stesse informazioni fosse necessaria per svelare la violazione. La presente procedura lascia impregiudicata la responsabilità penale e disciplinare del segnalante nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria ai sensi del codice penale e dell'art. 2043 del codice civile. Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso della presente policy, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto oggetto della presente procedura.

## **9) OBBLIGO DI SEGRETO D'UFFICIO, AZIENDALE, PROFESSIONALE, SCIENTIFICO E INDUSTRIALE**

In caso di segnalazioni di cui alla presente procedura il perseguimento dell'interesse all'integrità dell'interesse privato, nonché alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni, costituisce giusta causa di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto di cui agli articoli 326, 622 e 623 del codice penale e all'articolo 2105 del codice civile, salvo il caso in cui l'obbligo di segreto professionale gravi su chi sia venuto a conoscenza della notizia in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza con la società interessata.

Quando notizie e documenti che sono comunicati all'ODV sono oggetto di segreto aziendale, professionale o d'ufficio, costituisce violazione del relativo obbligo di segreto la rivelazione con modalità eccedenti rispetto alle finalità dell'eliminazione dell'illecito e, in particolare, la rivelazione al di fuori del canale di comunicazione specificamente predisposto a tal fine.

## 10) SANZIONI

Il Decreto affida all'ANAC il potere di sanzionare le violazioni della nuova disciplina (art. 21).

In particolare, l'Autorità applica le seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:

- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che sono state commesse ritorsioni o quando accerta che la segnalazione è stata ostacolata o che si è tentato di ostacolarla o che è stato violato l'obbligo di riservatezza;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione, che non sono state adottate procedure per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l'adozione di tali procedure non è conforme a quelle previste per i canali interni, nonché quando accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

## 11) INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 679/296 sulla protezione dei dati personali, il Titolare del Trattamento Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus informa l'interessato segnalante che i dati forniti in occasione della segnalazione di illeciti e irregolarità saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sulla privacy vigente (Reg. UE 2016/679 cd "GDPR" e D.Lgs. 196/2003 s.m.i.).

In tale ambito i dati personali forniti verranno unicamente trattati per la finalità di gestione delle segnalazioni ricevute, loro valutazione e avvio di istruttoria da parte dell'ODV incaricato dal Titolare, in adempimento a quanto previsto dal Modello 231 adottato dall'Ente.

I dati conferiti saranno trattati e archiviati dall'incaricato del trattamento debitamente nominato ODV, per il corretto adempimento delle finalità sopraindicate mediante strumenti elettronici e supporti cartacei, nonché con l'impiego di misure di sicurezza atte a garantirne la riservatezza e ad evitare indebiti accessi a soggetti non autorizzati.

Tali dati non saranno soggetti a diffusione e verranno trattati nei limiti e nei tempi necessari per l'espletamento delle finalità sopra indicate, comunque non saranno conservati per più di 5 anni.

I suoi dati potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- consulenti esterni individuati e incaricati dall'ODV per supportarlo tecnicamente nel corso delle indagini relative al fatto segnalato;
- responsabile del contenzioso disciplinare e incolpato nei casi specificati al punto 7 FORME DI TUTELA DEL SEGNALANTE a cui si rimanda.

Il segnalante potrà esercitare in ogni momento i diritti di cui dall'art.15 all'art. 21 del GDPR 679/2016 rivolgendosi direttamente al titolare del trattamento contattandolo via raccomandata all'indirizzo della sede operativa dell'Ente oppure tramite mail all'indirizzo del DPO designato: [privacy@fondazionepelucca.org](mailto:privacy@fondazionepelucca.org).

Ai sensi del GDPR, il segnalante che ritenga che il trattamento dei dati personali che lo riguarda violi il regolamento stesso, ha anche il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

## CHECK IMMOBILI

### AGGIORNAMENTO GENNAIO 2024

CHECK IMMOBILI		note	
1	Agibilità	SI	
		NO	
		NA	
2	Comunicazione Avvenuta Installazione Insegna	SI	
		NO	
		NA	
3	Contratto Derattizzazione	SI	
		NO	
		NA	
4	Contratto di Locazione Immobile	SI	
		NO	
		NA	
5	Contratto Fornitura Acqua	SI	
		NO	
		NA	
6	Contratto Fornitura Energia	SI	
		NO	
		NA	
7	Contratto Fornitura Gas	SI	
		NO	
		NA	
8	Contratto Manutenzione Ascensori	SI	
		NO	
		NA	
9	Contratto Manutenzione Estintori e Bocchette Antincendio	SI	
		NO	
		NA	
10	Contratto Manutenzione Impianto Antiintrusione	SI	
		NO	
		NA	
11	Contratto Manutenzione Impianto Termico	SI	
		NO	
		NA	
12	Contratto Manutenzione Verde	SI	
		NO	
		NA	
13	Contratto Pulizia	SI	
		NO	
		NA	
14	Contratto Smaltimento Rifiuti	SI	
		NO	
		NA	

CHECK IMMOBILI		note	
15	Contratto Telefonia	SI	
		NO	
		NA	
16	Contratto Verifica Messa a Terra Impianto Elettrico	SI	
		NO	
		NA	
17	Contratto Vigilanza	SI	
		NO	
		NA	
18	Certificato Conformità Impianto Elettrico	SI	
		NO	
		NA	
19	Certificato Conformità Impianto Gas	SI	
		NO	
		NA	
20	Certificato Conformità Impianto Termico	SI	
		NO	
		NA	
21	Certificato di Conformità Impianto Antincendio	SI	
		NO	
		NA	
22	Progetto Impianto Rilevazione Fumi	SI	
		NO	
		NA	
23	Progetto Impianto Termico	SI	
		NO	
		NA	
24		SI	
		NO	
		NA	
25		SI	
		NO	
		NA	
26		SI	
		NO	
		NA	
27		SI	
		NO	
		NA	
28		SI	
		NO	
		NA	

## REATI AMBIENTALI

### AGGIORNAMENTO GENNAIO 2024

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
1	Sono presenti nell'insediamento scarichi idrici diversi dai servizi igienici?				
2	Trattasi di scarichi da attività di lavaggio?				
3	Trattasi di scarichi da attività di raffreddamento?				
4	Trattasi di scarichi da altri tipi di attività?				
5	Gli scarichi presenti sono immessi in reti fognarie pubbliche?				
6	Sub 1) Trattasi solo di reflui domestici e assimilati?				
7	Sub 2) È presente la richiesta di allaccio alla pubblica fognatura per i reflui domestici?				
8	Sub 3) È presente la domanda e la relativa autorizzazione allo scarico dei reflui assimilabili ai domestici?				
9	Sub 4) Vi si smaltiscono rifiuti triturati con dissipatori? (art. 107,3)				
10	Sub 4) Se si: ne risulta l'ammissibilità da parte dell'Ente gestore?				
11	Sub 5) Trattasi di acque reflue industriali?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
12	Sub 5) Se sì, Recapitano in rete fognaria anche reflui industriali non assimilati ai domestici? (art.107,1 tab. 3 allegato 5)				
13	Sub 5) È presente la relativa autorizzazione?				
14	Sub 6) Vengono rispettate le prescrizioni dell'autorizzazione che fa capo al regolamento dell'ente gestore?				
15	Sub 7) Lo scarico è reso accessibile per il campionamento da parte dell'Autorità competente (D.Lgs 152/06 art.101.3)?				
16	Sub 8) Vengono rispettati i valori di cui alle tabelle dell'allegato V?				
17	Sub 8) Se sì, esiste un sistema di monitoraggio?				
18	Sub 9) Esiste una diluizione dei reflui (D.Lgs 152/06 art.101.5)?				
19	Sub 10) È presente l'autorizzazione allo scarico in corpo idrico superficiale/suolo/sottosuolo acque sotterranee rilasciato dall'ente competente?				
20	Sub 11) L'autorizzazione è in corso di validità [4 anni, il rinnovo deve essere chiesto un anno prima della scadenza] (D.Lgs 152/06 art.124.8)?				
21	Sub 12) È stato presentato il rinnovo entro un anno dalla scadenza [per gli scarichi contenenti le sostanze pericolose di cui alle tabelle 3, cicli produttivi, e 5, sostanze pericolose, dell'Allegato V alla parte III, il rinnovo deve comunque essere rilasciato in forma espressa entro 6 mesi dalla scadenza dell'autorizzazione] (D.Lgs 152/06 art.124.8)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
22	Sub 13) È stata richiesta una nuova autorizzazione in caso di variazioni quali-quantitative dello scarico, oppure sono state comunicate eventuali modifiche non significative (D.Lgs 152/06 art.124.12)?				
23	Sub 14) Nell'Unità Locale sono presenti le analisi di laboratorio relative alle acque reflue scaricate?				
24	Sub 15) I reflui rispettano i limiti di concentrazione degli inquinanti applicabili (D.Lgs 152/06 art.101.1, All. V alla parte III; Autorizzazione allo scarico; Regolamento Ente Gestore fognatura; Convenzioni)?				
25	Sub 16) I campionamenti e le analisi sono effettuate secondo le metodiche ufficiali e con la frequenza eventualmente prevista dall'autorizzazione (D.Lgs 152/06 All. V; Metodiche IRSA-APAT; Autorizzazione allo scarico)?				
26	Sub 17) Nello scarico sono presenti sostanze pericolose di cui alle tabelle 3A e 5 dell'Allegato V alla parte III (D.Lgs 152/06 art.108)?				
27	Sub 18) Sono rispettate eventuali le prescrizioni restrittive specifiche stabilite in sede di autorizzazione (D.Lgs 152/06 art.108, art.131.1, punto 1.2.3 dell'All. V alla parte III)?				
28	Gli scarichi presenti sono immessi in reti fognarie pubbliche?				
29	Sub 1) C'è conferimento a soggetto terzo titolare dello scarico finale o consorzio per scarico comune (scarico in linea consortile o condominiale immissione in relativo depuratore)?				
30	Sub 1) Se si: viene rispettata la relativa convenzione?				
31	Sub 2) Gli scarichi rispettano le norme tecniche, prescrizioni regolamentari e valori-limite adottati dall'Autorità d'ambito? (art. 107,1)				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
32	Sub 3) Lo scarico è reso accessibile per il campionamento da parte dell'autorità competente (D.Lgs 152/06 art.101.3)?				
33	Sub 4) La destinazione finale del refluo dopo la depurazione è il suolo? (D.lgs 152/06 art.lo 103)				
34	Sub 5) La destinazione finale del refluo dopo la depurazione è il sottosuolo e acque sotterranee? (D.lgs 152/06 art.lo 104)				
35	Sub 6) La destinazione finale del refluo dopo la depurazione è in acque superficiali? (D.lgs 152/06 art.lo 105)				
36	Sub 7) Esiste una diluizione dei reflui (D.Lgs 152/06 art.101.5)?				
37	Sub 8) È presente l'autorizzazione allo scarico in corpo idrico superficiale/suolo/sottosuolo acque sotterranee (rilasciato dall'ente competente)?				
38	Sub 9) L'autorizzazione è in corso di validità [4 anni, il rinnovo deve essere chiesto un anno prima della scadenza] (D.Lgs 152/06 art.124.8)?				
39	Sub 10) È stato presentato il rinnovo entro un anno dalla scadenza [per gli scarichi contenenti le sostanze pericolose di cui alle tabelle 3, cicli produttivi, e 5, sostanze pericolose, dell'Allegato V alla parte III, il rinnovo deve comunque essere rilasciato in forma espressa entro 6 mesi dalla scadenza dell'autorizzazione] (D.Lgs 152/06 art.124.8)?				
40	Sub 11) È stata richiesta una nuova autorizzazione in caso di variazioni quali-quantitative dello scarico, oppure sono state comunicate eventuali modifiche non significative (D.Lgs 152/06 art.124.12)?				
41	Sub 12) È stata richiesta una nuova autorizzazione allo scarico sul suolo o negli strati superficiali del sottosuolo (rilasciato da Comune o Provincia)?				



N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
42	Sub 13) Nell'Unità Locale sono presenti le analisi di laboratorio delle acque reflue scaricate?				
43	Sub 14) I reflui rispettano i limiti di concentrazione degli inquinanti applicabili (D.Lgs 152/06 art.101.1, All. V alla parte III; Autorizzazione allo scarico; Regolamento Ente Gestore fognatura; Convenzioni)?				
44	Sub 15) I campionamenti e le analisi sono effettuate secondo le metodiche ufficiali e con la frequenza eventualmente prevista dall'autorizzazione (D.Lgs 152/06 All. V; Metodiche IRSA-APAT; Autorizzazione allo scarico)?				
45	Sub 16) Nello scarico sono presenti sostanze pericolose di cui alle tabelle 3A e 5 dell'Allegato V alla parte III (D.Lgs 152/06 art.108)?				
46	Sub 17) Sono rispettate eventuali le prescrizioni restrittive specifiche stabilite in sede di autorizzazione (D.Lgs 152/06 art.108, art.131.1, punto 1.2.3 dell'All. V alla parte III)?				
47	È presente un pozzo?				
48	Sub 1) È datato antecedente a maggio 1999?				
49	Sub 2) È stata presentata la denuncia per il pozzo se già esistente (D.Lgs 275/93 art.10)?				
50	Sub 3) Il pozzo è ad uso Domestico?				
51	Sub 4) Il pozzo è ad uso Extradomestico?				
52	Sub 5) L'azienda è in possesso della Concessione per le derivazioni di acque sotterranee (RD 1775/33 art.2,17)?				
53	Sub 6) È stata richiesta la Domanda di Concessione in Sanatoria entro il 31/12/2007 (D.Lgs 152/06 art.96.8)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
54	Sub 7) La Concessione è ancora valida e corrispondente alla realtà (RD 1775/33 art.21; D.Lgs.152/06 art.96.8)?				
55	Sub 8) L'azienda paga annualmente i canoni di derivazione indicati nel provvedimento di concessione (RD 1775/33 art.35)?				
56	Sub 9) L'azienda comunica annualmente i dati relativi alle portate ed ai volumi di acque pubbliche derivati (D.Lgs 152/06 art.95.3; eventuale normativa regionale)?				
57	Sub 10) È installato un contatore del consumo idrico?				
58	Sub 12) È stato trasmesso all'Ufficio Tributi del Comune o all'Ente gestore del servizio di fognatura la denuncia annuale delle quantità utilizzate?				
59	Sub 13) In ogni punto di approvvigionamento idrico è presente la relativa autorizzazione/comunicazione?				
60	Sub 14) Sono in atto misure necessarie all'eliminazione e sprechi, riduzione consumi, incrementazione riciclo e riutilizzo anche mediante l'utilizzo delle migliori tecnologie disponibili? (art.98 D.Lgs 152/06)				
61	Sub 15) È effettuata una verifica installazione di misure di portata e trasmissione dei dati misurati?				
62	Sub 16) La denuncia di pozzi di cui all'art.10 D.Lgs 275/1993 è stata effettuata nelle modalità e termini previsti?				
63	Lo stabilimento e le relative attività che generano emissioni sono nuove?				
64	Lo stabilimento e le relative attività che generano emissioni sono anteriori al 1988?				
65	Lo stabilimento e le relative attività che generano emissioni sono anteriori al 2006?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
66	Sono presenti nello stabilimento impianti che generano emissioni in atmosfera convogliate, diverse dall'impianto di riscaldamento?				
67	trattasi di attività di sabbiatura?				
68	trattasi di attività di lavaggio?				
69	trattasi di attività di verniciatura?				
70	trattasi di attività di saldatura?				
71	trattasi di attività di sgrassaggio?				
72	trattasi di altro tipo di attività?				
73	È presente un impianto di incenerimento o trattamento tecnico di rifiuti?				
74	È presente l'AIA? (sostituisce l'autorizzazione)				
75	Rientrano tra gli impianti e attività in deroga allegato IV della parte quinta (art. 272 comma 1)?				
76	Rientrano tra gli impianti della parte quinta – autorizzazioni a carattere generale (art. 272 comma 2,3)?				
77	Rientrano tra gli impianti della parte quinta- autorizzazioni ordinarie (art. 269 comma 1)?				
78	Vi è l'autorizzazione ai sensi del D.Lgs 152/06 art. 269?				
79	Ci sono emissioni di COV? (Composti Organici Volatili) (art. 275)				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
80	Se previsto, sono stati effettuati i controlli periodici (analisi come da delibera di autorizzazione)?				
81	È previsto il Registro delle Emissioni?				
82	È tenuto correttamente?				
83	Il numero delle emissioni autorizzate corrisponde a quelle effettivamente presenti?				
84	L'azienda rispetta le prescrizioni previste dall'autorizzazione?				
85	L'azienda è dotata di un impianto termico ad uso civile (D.Lgs 152/06 art.283.1 lett. D)?				
86	L'impianto impiega combustibili ammessi ai sensi dell'Allegato X alla parte V del D.Lgs 152/06 (art.293.1)?				
87	L'impianto ha una potenza termica superiore a 3 MW se a metano, GPL o biogas?				
88	L'impianto ha una potenza termica superiore a 1 MW se a gasolio, biomasse o biodiesel?				
89	L'impianto ha una potenza termica superiore a 0,3 MW se ad olio combustibile?				
90	L'impianto ha una potenza termica complessiva superiore a 35 kW (D.Lgs 152/06 art 282.1)?				
91	L'impianto termico è costituito da più apparati di combustione connessi in un solo sistema?				
92	È stata presentata la denuncia di installazione o modifica, redatta dall'installatore mediante il modulo di cui alla parte I dell'All. IX alla parte V?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
93	L'impianto rispetta le caratteristiche tecniche della parte II dell'All. IX alla parte V (D.Lgs 152/06 art.285.1; part II All. IX alla parte V)?				
94	L'impianto rispetta i valori limite della parte III dell'Allegato IX alla parte V?				
95	L'impianto ha una potenza termica superiore a 1,5 MW (D.,Lgs 152/06 art.294.3)?				
96	L'impianto è dotato di un rilevatore della temperatura negli effluenti e di analizzatore per la misurazione e registrazione in continuo di O <sub>2</sub> e CO nei gas effluenti (D.Lgs 152/06 art. 294.3)?				
97	RIFIUTI				
98	L'azienda svolge attività artigianale?				
99	L'azienda svolge attività industriale?				
100	L'azienda svolge attività di commercio e/o servizi?				
101	L'azienda svolge attività di agricoltura?				
102	L'azienda svolge altri tipi di attività?				
103	Codice ATECO attività principale				
104	L'impresa produce rifiuti?				
105	Produce rifiuti assimilati agli urbani che conferisce al servizio pubblico?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
106	Se si quali:				
107	Sono individuati correttamente (con riferimento al Reg. Comunale) i rifiuti assimilabili agli urbani eventualmente conferiti al servizio pubblico (D.Lgs 152/06 artt.184 e 195)?				
108	Produce Carta e plastica assimilabili agli urbani in base al regolamento del comune di competenza per qualità e quantità (D.Lgs 152/06 art,lo195 comma 2 lettera e)?				
109	Esiste convenzione scritta con l'ente gestore per la gestione dei ritiri dei rifiuti assimilabili conferiti al servizio pubblico?				
110	Tutti i rifiuti prodotti sono individuati ed identificati con Codice CER correttamente (D.Lgs 152/06 artt.183 e 185)?				
111	L'azienda produce rifiuti speciali pericolosi?				
112	L'azienda produce rifiuti speciali non pericolosi?				
113	Sono tutti classificati correttamente inclusi i rifiuti pericolosi, anche attraverso analisi ove necessario? (es. codici a specchio)				
114	Sono state svolte analisi per la caratterizzazione dei rifiuti (All.D parte IV D.Lgs 152/06)?				
115	Con periodicità annuale?				
116	È necessaria la domanda di iscrizione al SISTRI?				
117	Se si è presente la relativa pratica?				
118	Sono stati versati i relativi contributi di iscrizione?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
119	Ogni trasporto di rifiuti (eccetto rifiuti conferiti alla raccolta comunale) in uscita dall'Unità Locale è accompagnato dal Formulario o Scheda Sistri?				
120	I formulari di trasporto rifiuti sono stati compilati correttamente?				
121	È identificato correttamente il destino (recupero o smaltimento) del rifiuti (D.Lgs 152/06; D.Lgs 36/03)?				
122	L'impresa ha l'obbligo di tenere un registro dei rifiuti?				
123	Il Registro è vidimato e compilato correttamente?				
124	L'impresa ha l'obbligo di tenuta del Registro C/S per i soli rifiuti pericolosi (D.Lgs 152/06 artt. 184,3 e 188-ter)?				
125	Sono gestiti anche gli altri rifiuti non pericolosi?				
126	I Formulari, le Schede Sistri ed il Registro di carico e scarico sono archiviati presso l'Unità Locale (rispettivamente per 5 anni) (D.Lgs 152/06 art.190.2)?				
127	Nel caso in cui non sia pervenuta la 4 <sup>a</sup> copia del Formulario entro 3 mesi dal trasporto è stata contattata l'azienda ed avvisata la Provincia?				
128	La registrazione del carico/scarico è effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla produzione del rifiuto (D.Lgs 152/06 art. 190)?				
129	L'impresa ha l'obbligo di comunicare annualmente alle camere di commercio territorialmente competenti i dati relativi ai rifiuti prodotti –MUD (D.Lgs 152/06 art.lo 189 comma3)?				
130	L'azienda effettua il trasporto in proprio dei rifiuti prodotti?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
131	È stata presentata la domanda di iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Ambientali (D.Lgs 152/06 art. 212.8)?				
132	Se l'azienda è produttrice di rifiuti pericolosi e/o non pericolosi e avvia gli stessi al recupero/smaltimento con ditte terze autorizzate è stata inoltrata al comune di competenza la richiesta detassazione delle aree interessate alla loro produzione?				
133	È stata predisposta l'Area di Deposito Temporaneo (D.Lgs 152/06 art.183.1 lett. bb)?				
134	I contenitori dei rifiuti sono correttamente collocati nell'area di deposito temporaneo?				
135	Sono prodotti rifiuti con stato liquido (in particolare oli usati o altri rifiuti liquidi pericolosi)?				
136	Sono prodotti rifiuti con stato solido?				
137	Sono prodotti rifiuti con stato Solido polverulento?				
138	Gli olii usati sono stoccati in fusti?				
139	Gli olii usati sono stoccati in cisterna?				
140	Gli olii usati sono collocati in interrati?				
141	Gli olii usati sono collocati scoperti?				
142	Gli olii usati sono collocati con bacino di contenimento?				
143	Gli olii usati sono collocati al coperto?				



N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
144	I rifiuti liquidi sono stoccati in fusti?				
145	I rifiuti liquidi sono stoccati in cisterna?				
146	I rifiuti liquidi sono collocati in interrati?				
147	I rifiuti liquidi sono collocati scoperti?				
148	I rifiuti liquidi sono collocati con bacino di contenimento?				
149	I rifiuti liquidi sono collocati al coperto?				
150	Si è tenuto conto del rischio di sversamento, spandimento o percolamento?				
151	I rifiuti solidi sono stoccati in cumuli?				
152	I rifiuti solidi sono stoccati in contenitori?				
153	I rifiuti solidi sono stoccati al coperto?				
154	I rifiuti solidi sono stoccati allo scoperto?				
155	I rifiuti pericolosi sono stoccati in appositi contenitori ed identificati con idonea cartellonistica (lettera "R", Codice CER e classi di pericolo) (D.Lgs 152/06 All. D e I alla parte IV)?				
156	I rifiuti speciali pericolosi e/o non pericolosi sono smaltiti entro un anno solare?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
157	Le imprese che effettuano il trasporto lo smaltimento (destinatari) sono in possesso di regolare autorizzazione (D.Lgs 152/06 artt.208, 212, 214; DM 5-02-98; DM 161/02)?				
158	Sono presenti in azienda copie delle autorizzazioni delle imprese di smaltimento?				
159	È rispettato il divieto di miscelazione di rifiuti pericolosi con rifiuti non pericolosi (art.187 D.Lgs 152/06)?				
160	È rispettato il divieto di miscelazione di categorie diverse di rifiuti pericolosi di cui all'All.G?(art.187 D.Lgs 152/06)				
161	È stata verificata l'assenza di depositi incontrollati di rifiuti sul suolo e nel suolo? (art. 192 D.Lgs152/06)				
162	È presente la domanda di iscrizione al CONAI?				
163	L'azienda utilizza imballaggi (D.Lgs 152/06 art.224.1; Reg. Conai)?				
164	Li acquista in Italia o dall'estero?				
165	Se acquista imballaggi o merce imballata dall'estero è in regola con i versamenti del contributo Conai (Reg. Conai)?				
166	Se vende all'estero merce acquistata in Italia ha richiesto il rimborso?				
167	Iscrizione Conai (D.Lgs 152/06 art.224.1; Reg. Conai)				
168	L'azienda acquista RAEE in Italia?				
169	L'azienda acquista RAEE all'estero? => si veda il D.Lgs 151/06				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
170	Al fine di prevenire ipotesi di inquinamento ambientale o disastro ambientale, vengono valutati ecosistemi, biodiversità, anche agraria, della flora e della fauna?				
171	Vengono adottate delle misure atte ad evitare la compromissione o un deterioramento significativo e misurabile delle medesime biodiversità ed ecosistemi?				
172	Se sì, quali? Esistono procedure ad hoc?				
173	Vengono eseguiti dei controlli sulla corretta attuazione delle misure adottate?				
174	Se sì, con quale frequenza?				
175	Viene valutata l'esistenza di un'area naturale protetta o sottoposta a vincolo paesaggistico, ambientale, storico, artistico, architettonico o archeologico?				
175 bis	Se sì, specificare se sia area naturale protetta o il tipo di vincolo cui l'area è sottoposta.				
176	Vengono adottate delle misure atte ad evitare la compromissione o un deterioramento significativo e misurabile di tali aree?				
177	Se sì, quali? Esistono procedure ad hoc?				
178	Vengono eseguiti dei controlli sulla corretta attuazione delle misure adottate?				
179	Se sì, con quale frequenza?				
180	Viene valutata l'esistenza di specie animali o vegetali protette?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
181	Vengono adottate delle misure atte ad evitare la compromissione o un deterioramento significativo e misurabile di tali specie?				
182	Se sì, quali? Esistono procedure ad hoc?				
183	Vengono eseguiti dei controlli sulla corretta attuazione delle misure adottate?				
184	Se sì, con quale frequenza?				
185	Vengono utilizzati, acquistati o ceduti materiali ad alta radioattività?				
186	Se sì, quali?				
187	Se sì, esistono delle procedure per il loro acquisto, cessione e smaltimento?				
188	Esistono dei controlli sulla corretta attuazione di tali procedure?				
189	Se sì, con quale frequenza?				

## REATI SICUREZZA

### AGGIORNAMENTO GENNAIO 2024

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
1	È stato individuato il Datore di Lavoro (D.L. – art. 2 c. 1 lett. b)?				
2	Il numero dei lavoratori è stato calcolato secondo le specifiche individuate all'art. 4?				
3	Il D.L. ha designato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP – art. 2 c. 1 lett. f; art. 17 lett. b)?				
4	È stato eletto il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)?				
5	Il D.L. ha nominato gli addetti antincendio, emergenza e primo soccorso (art. 31)? Fino a 5 dipendenti può anche essere il DL (art. 34)				
6	Il D.L. ha redatto il Documento di Valutazione dei Rischi (art. 17 lett. a, art. 28)?				
7	L'azienda rientra tra quelle per le quali il SPP deve essere obbligatoriamente interno (art. 31 c. 6,7,8)?				
8	Può essere designato personale interno o esterno all'Unità produttiva?				
9	Il RSPP e/o gli ASPP, se esistenti, sono in possesso delle capacità e dei requisiti richiesti (art. 32)?				
10	Il D.L. ricopre anche la carica di RSPP?				
11	Se sì, è ammesso in base alla tipologia di azienda, che il D.L. ricopra la carica di RSPP (art. 34)?				
12	Se sì, il D.L. che svolge mansioni di RSPP ha frequentato idoneo corso di formazione e aggiornamento?				
13	Il RSPP è un professionista esterno all'azienda?				
14	Se sì, è ammesso in base alla tipologia di azienda che il RSPP sia un professionista esterno (art. 31)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
15	Sono stati nominati addetti al Servizio Protezione e Prevenzione (la nomina di addetti al SPP non è obbligatoria ma consigliabile in caso di organizzazioni complesse)?				
16	Il RSPP e gli eventuali addetti sono in possesso dei titoli di studio, dell'anzianità nel ruolo e della formazione previsti (art. 34 c. 2,3) (art. 32 Accordo Stato-Regioni)?				
17	Sono stati eletti i Rappresentanti dei Lavoratori (art.47)? Nel caso il RLS non sia stato eletto sarà assegnato un RLS territoriale. Elezione del RLS: fino a 15 lavoratori: eletto direttamente dai lavoratori al loro interno; oltre i 15 lavoratori: eletto nell'ambito delle RSU o, se non esistenti, direttamente dai lavoratori.				
18	Il nominativo del RLS è stato comunicato a INAIL (art. 18 c. 1 lett. aa) (Circolare INAIL del 25/08/09)?				
19	Ove presenti più aziende operanti contemporaneamente (cantieri, grandi stabilimenti, ecc.) è stato nominato il RLS di sito (art. 49)?				
20	Il RLS ha ricevuto a carico del Datore di Lavoro adeguata formazione (art. 37; art. 50)?				
21	Il RLS può esercitare regolarmente le proprie attribuzioni (art. 50)?				
22	L'analisi ha evidenziato la presenza di rischi per la salute che prevedono l'obbligo di sorveglianza sanitaria? Se sì, è necessario nominare il Medico Competente.				
23	È stato nominato il Medico Competente (art. 18 c. 1 lett. a)?				
24	Il professionista nominato è in possesso dei requisiti (art. 38)?				
25	Il MC ha eseguito la comunicazione dei dati sanitari e di rischio secondo l'allegato 3B (art. 40)?				
26	La sorveglianza sanitaria è esercitata secondo le modalità previste (art. 41)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
27	Nel caso di inidoneità alla mansione specifica il lavoratore viene adibito ad altra mansione secondo le modalità previste (art. 42)?				
28	Le cartelle sanitarie sono custodite presso il luogo concordato al momento della nomina del MC (all. 3B)?				
29	È stata attivata la procedura di controllo contro l'impiego di alcool e sostanze psicotrope da parte dei lavoratori addetti ad attività con pericoli specifici (art. 41 c. 4) (Accordo Stato-Regioni 30/10/07)?				
30	Il D.L. in collaborazione con il medico ha attivato la procedura per i controlli sanitari periodici (art. 41; art. 18 c. 1 lett. g, g-bis)?				
31	Vengono effettuate le visite di idoneità per l'assegnazione della mansione?				
32	Il D.L. assegnando compiti e mansioni ha tenuto conto dei risultati delle visite di idoneità?				
33	Sono state prese misure idonee per la protezione del lavoro notturno, dei minori e delle lavoratrici madri?				
34	Il medico esegue l'ispezione periodica per la verifica sanitaria dei locali di lavoro (art. 25 c. 1 lett. I)?				
35	Il D.L. ha provveduto all'organizzazione del servizio di primo soccorso aziendale (art. 18)?				
36	Il MC custodisce la documentazione sanitaria in modo da garantire la riservatezza dei dati sensibili (art. 25 c. 1 lett. c)?				
37	Il DVR è un documento unitario con data certa (art.28 c. 2)?				
38	Il DVR risponde ai requisiti richiesti, comprese le informazioni a piè di pagina (art. 28 c. 2)?				
39	Il DVR contiene la valutazione di tutti i rischi (art. 28 c. 2 lett. a)?				
40	Il DVR è stato redatto in collaborazione con il RSPP e, ove siano presenti rischi che richiedono sorveglianza sanitaria, con il coinvolgimento del MC (art. 29 c. 1)?				
41	Il RLS è stato consultato (art. 29 c. 2)				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
42	Il DVR è mantenuto aggiornato in occasione di modifiche dell'organizzazione produttiva o del lavoro, infortuni significativi, secondo le necessità di sorveglianza sanitaria o di nuovi adempimenti legislativi (art. 29 c. 3)?				
43	Il DVR è presente come documento formalizzato nel sito (art. 29 c. 4)? N.B.: l'autocertificazione per le aziende con meno di 10 dipendenti vale fino al 30/06/2012.				
44	I luoghi di lavoro sono conformi (titolo II)?				
45	Le macchine, le attrezzature, gli impianti in genere utilizzate dall'azienda sono censiti?				
46	Macchine e attrezzature di lavoro sono conformi ai requisiti (titolo III cp. I)?				
47	I DPI sono conformi ai requisiti, idonei all'uso e scelti con riferimento al DVR, in collaborazione con il MC e con la consultazione del RLS (titolo III cp. II)?				
48	Impianti e apparecchiature elettriche sono conformi e impiegati conformemente ai requisiti (titolo III cp. III)?				
49	La segnaletica è conforme ai requisiti (titolo V)?				
50	È stato valutato il rischio da movimentazione manuale di carichi (titolo VI)?				
51	È stato valutato il rischio da videoterminali (titolo VII, all. XXXIX)?				
52	Sono stati espletati gli obblighi generali relativi agli agenti fisici (titolo VIII, cp. I)?				
53	È stato valutato il rischio da esposizione al rumore (titolo VIII, cp. 2)?				
54	È stato valutato il rischio vibrazioni (titolo VIII, cp.3)?				
55	È stato valutato il rischio di esposizione ai campi elettromagnetici (titolo VIII cp. IV)?				
56	È stato valutato il rischio da esposizione a radiazioni ottiche artificiali (titolo VII cp. V)?				



N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
57	È stato valutato il rischio per lavori temporanei in quota (titolo IV cp. II)?				
58	È stato valutato il rischio agenti chimici (titolo IX cp.I)?				
59	È stato valutato il rischio da agenti cancerogeni e mutageni (titolo IX cp. II)?				
60	È stato valutato il rischio amianto (titolo IX cp. III)?				
61	È stato valutato il rischio da esposizione agli agenti biologici (titolo X)?				
62	È stato valutato il rischio da atmosfere esplosive (titolo IX)?				
63	È stato valutato il rischio da radiazioni ionizzanti (D.Lgs 230/95 – 187/00 – 241/00 – 257/01)?				
64	È stato valutato il rischio da movimenti ripetitivi degli arti superiori (titolo VI)?				
65	È stata valutata la salubrità dell'ambiente di lavoro, ivi comprese l'esposizione ad agenti patogeni (es. legionella) e a fumo passivo?				
66	È stato valutato il rischio da microclima (titolo II)?				
67	Sono stati valutati i rischi climatici nei lavori all'aperto e l'esposizione a temperature estreme (artt. 28 e 29, all. IV)?				
68	È stato valutato il rischio incendio (D.M. 10/03/1998)?				
69	È stato valutato il rischio da scariche atmosferiche (titolo II – norma EN CEI 62305 1/4)?				
70	La valutazione dei rischi è stata eseguita anche per le condizioni di anomalia ed emergenza (artt. 28-29)?				
71	Sono stati valutati i rischi territoriali (es. presenza di aziende confinanti soggette a Rischio Incidente Rilevante, rischio sismico, rischio idrogeologico) (artt. 28 e 29)?				
72	È stato valutato il rischio elettrico, anche con riferimento agli interventi manutentivi (titolo III cp.3)?				
73	È stato valutato il rischio posturale (artt. 28 e 29)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
74	Sono definite procedure per la protezione dei minori sul luogo di lavoro (D.Lgs 345/99)?				
75	Sono definite procedure per l'organizzazione del lavoro notturno (D.Lgs 532/94)?				
76	Sono definite procedure per l'attuazione delle disposizioni per la protezione delle lavoratrici in stato di gravidanza (D.Lgs 151/01)?				
77	Sono stati valutati i rischi psicosociali e il rischio stress lavoro-correlato (artt. 28 e 29; artt. 3 e 4 Accordo Europeo 8/10/2004)?				
78	La valutazione ha tenuto conto della presenza di classi specifiche di lavoratori, quali ad es.: stranieri, diversamente abili, ecc., (artt. 28 e 29)?				
79	Sono stati valutati i rischi connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene svolta la prestazione di lavoro (artt. 28 e 29)?				
80	Viene effettuato il controllo sanitario specifico per gli addetti al lavoro notturno (art. 5 D.Lgs 532/99)?				
81	Nell'ambito del DVR è stata eseguita un'analisi particolare dei posti di lavoro mansioni ai quali sono adibiti minori (art. 7 L.977/67 modificato dal D.Lgs 345/99)?				
82	Per i minori è stato attivato controllo sanitario specifico (art. 8 L.977/67 modificato dal D.Lgs 345/99)?				
83	Nel DVR sono individuate le mansioni o le condizioni di lavoro alle quali non possono essere adibiti i minori (art. 6, all. 1 L.977/67 modificato dal D.Lgs 345/99)?				
84	Le informazioni previste dall'art. 36 del D.Lgs 81/08 sono state comunicate ai titolari degli obblighi di tutela del minore (genitori, tutori legali, ecc.) (art. 7 L.977/67 modificato dal D.Lgs 345/99)?				
85	Nell'ambito del documento di valutazione si è tenuto conto dei rischi specifici in caso di gravidanze (art. 11 D.Lgs 151/01)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
86	Alla comunicazione dello stato di gravidanza sono state adottate le previste misure di tutela (artt. 7, 8, 12, all. A-B-C D.Lgs 151/01)?				
87	A tutti i lavoratori è stata fornita idonea informazione (art. 36)?				
88	Le informazioni sono state rese comprensibili a tutti i lavoratori, compresi gli immigrati (art. 37, c. 1-8, 12, 13)?				
89	Si è provveduto a fornire ai lavoratori adeguata formazione (art. 37 c. 1-8, 12, 13)?				
90	La formazione è stata tempestiva, ovvero impartita al momento dell'assunzione, del cambio di mansione o in occasione di modifiche tecnologiche (art. 37 c. 1-8, 12, 13)?				
91	La formazione prevede la verifica dell'efficacia (art.37 c. 1-8, 12, 13)?				
92	È stata eseguita la formazione per i lavoratori che svolgono mansioni a rischio specifico (art. 37)?				
93	È stata eseguita la formazione per l'impiego dei DPI, in particolare per i dispositivi di terza categoria (art. 37)?				
94	Dirigenti e preposti hanno ricevuto la prevista formazione (art. 37 c. 7)?				
95	I RLS hanno ricevuto la prevista formazione (art. 37 c. 10, 11)?				
96	Addetti antincendio e primo soccorso hanno ricevuto idoneo addestramento (art. 37 c. 9, DM 10/03/98, DM 388/03)?				
97	La formazione è stata registrata sul libretto formativo del cittadino se concretamente disponibile (art. 37 c. 14)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
98	L'azienda o unità produttiva ha più di 15 dipendenti? Se sì, è obbligatoria la riunione annuale o in occasione di significative variazioni del ciclo produttivo. * Alla riunione partecipano: il D.L. o un suo rappresentante, il RSPP, il MC, il RLS. * Nel corso della riunione il D.L. sottopone all'esame dei partecipanti il DVR, l'idoneità dei DPI, programmi di formazione e informazione, andamento infortuni. * Nel corso della riunione possono essere individuati codici di comportamento e buone prassi per la prevenzione nonché obiettivi di miglioramento.				
99	Nel caso l'azienda o unità produttiva abbia più di 15 dipendenti, è stata eseguita la riunione per l'anno trascorso (art. 35)?				
100	Sono stati redatti verbali scritti e gli stessi sono stati messi a disposizione dei partecipanti (art. 35)?				
101	L'azienda ha redatto il DVR? Se no, è fatto divieto di assumere forniture di lavoro in somministrazione (ossia interinale)				
102	Pur trovandosi in situazione di impedimento, l'azienda ha assunto lavoratori in somministrazione (D.Lgs 276/03 art. 20)?				
103	L'utilizzatore si è fatto carico degli obblighi prevenzionistici nei confronti dei lavoratori in somministrazione (art. 3 c. 5) (D.Lgs 276/03 art. 21 c.1)?				
104	Sono stati comunicati da parte del medico competente al fornitore i protocolli per la visita preventiva di idoneità (art. 41) (L.196/97 art. 6)?				
105	Nel caso di distacco c'è evidenza che il distaccatario abbia provveduto a tutti gli obblighi prevenzionistici? Il distaccante ha informato il lavoratore sui rischi del distaccatario (art. 3 c. 6) (D.Lgs 276/03 art.10)?				
106	Nei confronti dei lavoratori a progetto e coordinati continuativi operanti sul sito, si applicano le disposizioni del D.Lgs 81/08 (art. 3 c. 7) (D.Lgs 276/03 art. 61; art. 409 C.C.)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
107	Le misure di prevenzione sono applicate anche nel caso di lavori occasionali di tipo accessorio (art. 3 c. 8) (D.Lgs 276/03 art. 6)?				
108	Si è provveduto all'informazione e formazione dei lavoratori a domicilio e di quelli rientranti nel contratto collettivo proprietari fabbricati?				
109	Le attrezzature eventualmente date in uso sono conformi alle disposizioni di cui al Titolo III (art. 3 c.9) (L. 877/73)?				
110	I lavoratori a distanza mediante collegamento informatico e telelavoro sono stati informati sulle politiche di sicurezza e salute?				
111	Viene applicato il Titolo VII? Le attrezzature date sono conformi ai requisiti di cui al Titolo III? Sono state adottate misure per prevenire l'isolamento (art. 3 c. 10) (D.P.R. 70/99; Accordo Europeo 17/07/2002)?				
112	Il D.L. ha organizzato il servizio di primo soccorso tenendo conto delle attività e delle dimensioni dell'azienda (art. 45)?				
113	Il MC partecipa all'indagine sugli infortuni e ha classificato l'azienda in base ai dati infortunistici nazionali pubblicati in G.U. (D.M. 388/03 art. 1)?				
114	La formazione degli addetti è conforme alla classificazione dell'azienda (D.M. 388/03 art. 3)?				
115	Le dotazioni di primo soccorso sono conformi alla classificazione dell'azienda, ovvero se del gruppo A e B cassette di primo soccorso, se del gruppo C pacchetto di medicazione (D.M. 388/03 art. 2)?				
116	In caso di rischi specifici sono a disposizione per i soccorritori esterni idonei DPI (D.M. 388/03 art. 4)?				
117	I lavoratori che operano fuori dal perimetro dell'azienda o in luoghi isolati dispongono di pacchetto di medicazione e di mezzo di comunicazione di emergenza (DM 388/03)?				
118	Sono definite le procedure di coordinamento con il servizio sanitario (D.M. 388/03 art. 2)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
119	Il registro infortuni è correttamente gestito (art. 18 c. 1 lett. r)?				
120	È stato istituito il divieto di fumare in tutti i locali aperti al pubblico (L.3/03 art. 51, Direttiva Nazionale 14/12/1995 art. 4)? N.B.: I locali di lavoro sono assimilati ai locali aperti al pubblico (Circ. Min. Sanità 17/12/2004)				
121	È stato individuato il responsabile per il controllo dell'applicazione delle norme antifumo (L. 3/03 art. 51; Direttiva Nazionale 14/12/1995 art. 4; Circ. Min. Sanità 17/12/2004)?				
122	Sono stati esposti gli avvisi di divieto di fumo, riportanti il nominativo del responsabile per l'applicazione (L.3/03 art. 51; Direttiva Nazionale 14/12/19595 art. 4; Circ. Min. Sanità 17/12/2004)?				
123	È stato predisposto un locale per i fumatori? N.B.: Non è obbligatorio				
124	Se sì, il locale è conforme ai requisiti (D.P.C.M. 23/12/2003; L.3/03 all. 1)?				
125	Sono chiaramente delimitati gli spazi di lavoro e le vie di transito dei mezzi di movimentazione?				
126	È indicata la portata di scaffali e soppalchi, i materiali sono depositati in modo da non presentare pericoli di crollo?				
127	Le vie di transito dei mezzi sono, ove necessario, delimitate da barriere?				
128	Ove esiste il rischio di caduta dall'alto, sono stati installati idonei parapetti? Dislivelli limitati come rampe di carico, ribalte e simili, sono adeguatamente segnalate?				
129	Le vie di transito e le postazioni di lavoro sono adeguatamente protette da proiezioni di fluidi, schegge, temperature anomale?				
130	I pavimenti presentano rischi di inciampo o scivolamento?				
131	Gli ambienti sono idonei dal punto di vista climatico e microclimatico e dal punto di vista della qualità dell'aria?				
132	Gli ambienti sono adeguatamente illuminati?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
133	Le uscite di sicurezza sono in numero adeguato e praticabili?				
134	Tutti i locali e gli ambienti sono conformi ai regolamenti locali di igiene? Sono autorizzati i locali sotterranei?				
135	I soppalchi, se presenti, sono autorizzati ed a norma?				
136	I DPI sono stati scelti in base alla Valutazione del Rischio, alla frequenza di esposizione, alle caratteristiche del lavoratore, alle prestazioni del dispositivo?				
137	I DPI sono conformi ai dispositivi del D.Lgs 475/92 (marcatura CE)?				
138	Sono state definite le procedure per il mantenimento in efficienza dei DPI?				
139	Sono state fornite ai lavoratori le istruzioni necessarie per l'impiego dei DPI, o adeguata formazione nel caso di DPI di uso critico (dispositivi di 3° categoria secondo il D.Lgs 475/92 e ottoprotettori)?				
140	Sono state attivate le procedure per l'accertamento dell'ottemperanza dell'obbligo di uso da parte dei lavoratori?				
141	È stata eseguita la valutazione dei rischi per lavori temporanei a quote superiori a 2 mt.?				
142	È previsto l'impiego di scale a pioli o sistemi di ritenuta a fune solo se non sia possibile ricorrere a soluzioni stabili?				
143	Sono prese le necessarie misure per assicurare la stabilità delle scale a pioli? Le scale portatili sono omologate secondo la norma EN 131?				
144	I ponteggi sono conformi ai previsti requisiti, ne è stata eseguita la verifica di stabilità?				
145	Il piano di montaggio del ponteggio è stato redatto da persone competenti?				
146	Il montaggio dei ponteggi è eseguito, sotto la sorveglianza di un preposto, da personale adeguatamente formato?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
147	È stata fornita idonea formazione, specificatamente nel caso di impiego di dispositivi a fune?				
148	Tutti i dispositivi di sicurezza sono marcati CE?				
149	È stato definito ed esposto il programma dei lavori?				
150	È stato predisposto idoneo servizio di sorveglianza?				
151	Gli organi in movimento (trasmissioni, motori, ecc.) sono inaccessibili?				
152	Gli organi lavoratori, se accessibili, sono protetti da barriere interbloccati e adeguatamente segnalati?				
153	Le protezioni nei confronti di rischi da proiezioni di schegge o fluidi sono adeguate?				
154	Parti calde o a bassa temperatura sono rese inaccessibili, o se accessibili, segnalate?				
155	Gli accessi a macchinari complessi sono dotati di interblocchi di sicurezza?				
156	Posti di lavoro a quota elevata sono dotati di parapetti e sono accessibili con sicurezza (scale alla marinara con gabbie di protezione, scale fisse, ecc.)?				
157	I comandi sono progettati e mantenuti in modo da impedire azionamenti involontari?				
158	Sono adeguatamente segnalati i rischi residui, nascosti? Sono adeguatamente segnalate le informazioni di sicurezza?				
159	Sono disponibili istruzioni d'uso e/o manuali d'uso CE? Sono stati portati adeguatamente a conoscenza degli operatori?				
160	Le macchine preesistenti al settembre 1996 e ricondizionate, le macchine marcate CE modificate, le macchine o gli impianti auto costruiti sono stati marchiati CE?				
161	Macchine e attrezzature sono idonee al lavoro da svolgere e adeguate alla normativa antinfortunistica?				
162	Sono state adottate misure tecniche e organizzative volte alla minimizzazione dei rischi?				



N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
163	Sono state adottate misure per prevenire un uso improprio di macchine e attrezzature?				
164	Macchine e attrezzature sono state scelte tenendo conto dell'impiego, dei rischi presenti in ambiente di lavoro, dei rischi specifici, vengono regolarmente mantenute?				
165	Le attrezzature sono installate e impiegate secondo le istruzioni secondo le istruzioni del fabbricante e le norme di buona tecnica?				
166	Macchine e attrezzature detenute in uso non di proprietà dell'azienda sono conformi alla normativa antinfortunistica (art. 22, 23 e 24)? N.B.: Per le macchine non di proprietà detenute a noleggio o per prestito d'uso o a titolo di locazione finanziaria, l'onere dell'adeguamento spetta al proprietario.				
167	Macchine o attrezzature date in uso a qualsiasi titolo sono conformi alla normativa antinfortunistica (art. 72)? N.B.: Vale per tutte le macchine cedute a qualsiasi titolo dal D.L.: noleggio, prestito d'uso, locazione finanziaria e vendita (escluso il caso in cui il compratore sia un rivenditore di macchine e attrezzature usate).				
168	I mezzi di trasporto meccanici sono dotati dei dispositivi di sicurezza previsti (all. V)?				
169	Sono state valutate le emissioni dei mezzi di trasporto in rapporto alle condizioni dell'ambiente di lavoro (titolo II, All. IV)?				
170	I carrelli elevatori sono stati adeguati secondo le linee guida ISPSL di cui al D.Lgs 359/99 (all. V)?				
171	È stata valutata l'ergonomia e sicurezza dei posti di manovra dei mezzi (all. V)?				
172	Gli operatori sono autorizzati, abilitati e formati all'impiego dei mezzi?				
173	Vengono eseguite le verifiche periodiche (all. VII)?				
174	Gli operatori impiegano i DPI a disposizione?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
175	È stato valutato il rischio di travolgimento di pedoni o collisione tra mezzi di trasporto meccanici (titolo II, all. IV)?				
175 bis	Sono state individuate le azioni correttive per ridurre il rischio (artt. 15 e 18)?				
176	È stato redatto il piano di adeguamento (artt.15 e 18)?				
177	Sono state definite le procedure per l'uso di mezzi di trasporto e attrezzature semoventi (art. 15 e 18)?				
178	I conduttori di mezzi semoventi sono sottoposti ai previsti controlli sull'uso di sostanze psicotrope (art.41 c. 4; Accordo stato-regioni 30/10/2007)?				
179	Gli apparecchi di portata > 200 kg sono stati regolarmente omologati o messi in servizio (D.P.R. 459/96; D.P.R. 547/55)?				
180	Vengono regolarmente eseguite le verifiche periodiche (all. VII)?				
181	Gli operatori sono stati adeguatamente formati (artt. 36, 37 e 71 c. 7 lett. a)?				
182	Sono conosciuti i codici di comunicazione gestuale (all. XXIX, XXX, XXXI, XXXII)?				
183	Sono espese le istruzioni per il sollevamento mediante l'impiego di accessori (carico ammissibile in base all'angolo tra le funi) (all. XXV)?				
184	Gli accessori di sollevamento sono marcati (D.P.R. 459/96)?				
185	Funi, catene e accessori di sollevamento sono sottoposti a verifica trimestrale (all. VII)?				
186	I conduttori di mezzi di sollevamento con uomo a bordo sono sottoposti ai previsti controlli sull'uso di sostanze psicotrope (art. 41 c. 4; Accordo stato-regioni 30/10/2007)?				
187	Azienda o unità produttiva dispone di apparecchio di sollevamento (gru, carro-ponte, paranco) con portata inferiore a 200 kg o ad azionamento manuale (all. VII) (D.M. 12/09/1959)?				
188	È stata perfezionata la pratica omologativa presso ISPESL?				
189	Sono eseguite verifiche periodiche (all. VII) (D.M. 12/09/1959)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
190	La valutazione è programmata con cadenza almeno quadriennale ed è eseguita da operai qualificati con idonea strumentazione (art. 181)?				
191	La valutazione ha tenuto conto dei fattori di rischio previsti e ove necessario, dell'attuazione dovuta all'impiego del DPI? (art. 190)?				
192	La valutazione viene aggiornata in caso di mutamenti significativi delle condizioni di pericolo? (art. 181)?				
193	Sono segnalate le aree ove si superano i valori limite di esposizione (art. 192)?				
194	In caso di superamento dei valori di azione sono attuate le prescritte misure preventive/protettive (artt.192, 193 e194)?				
195	I DPI sono stati scelti e vengono impiegati in conformità con il D.M. 02/05/2001?				
196	In caso di attività con livelli di esposizione variabile sono adottate misure analoghe a quelle per il superamento dei valori superiori di azione (DPI, ecc.) (art. 191)?				
197	I lavoratori hanno ricevuto idonea formazione e informazione (art. 195)?				
198	È stata attivata la sorveglianza sanitaria?				
199	Sono state adottate le misure necessarie per la limitazione dell'esposizione?				
200	La valutazione del rischio vibrazioni è programmata con cadenza almeno quadriennale?				
201	La valutazione del rischio vibrazioni è programmata con cadenza almeno quadriennale?				
202	La valutazione del rischio per esposizione è stata eseguita su periodi brevi (art. 202)?				
203	Sono state adottate le misure di prevenzione e protezione conseguenti alla valutazione (art. 203)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
204	È stata attivata, se necessario, la sorveglianza sanitaria (art. 204)?				
205	L'impiego di sostanze cancerogene o mutagene è stato ridotto al minimo possibile (art. 235 c.1)?				
206	L'impiego di sostanze cancerogene o mutagene avviene in sistema chiuso (art. 235 c. 2)?				
207	In caso il sistema chiuso non sia tecnicamente possibile, l'esposizione è ridotta al minimo o comunque inferiore ai limiti definiti (art. 235 c. 2)?				
208	È stato valutato il rischio da esposizione a tali sostanza (art. 236)?				
209	Sono state adottate le prescritte misure tecniche, organizzative e procedurali (artt. 237 e 238)?				
210	Sono state fornite ai lavoratori adeguate informazioni e formazione (art. 239)?				
211	Nel caso di eventi che comportano un'esposizione non prevedibile sono adottate le idonee misure (art. 240)?				
212	Nel caso di operazioni lavorative particolari (es. manutenzioni) il D.L. ha concordato le modalità di intervento con i RLS, ha fornito idonei dispositivi di protezione, limita l'accesso delle aree ai soli addetti incaricati dell'intervento (art. 241)?				
213	È stata attivata la sorveglianza sanitaria? Sono presenti i registri degli esposti (artt. 242 e 243)?				
214	L'attività dell'azienda esegue lavorazioni rientranti nel campo di applicazione (artt. 246 e 247)?				
215	Nel caso di interventi di demolizione o mutazione è individuata la presenza di amianto (art. 248)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
216	Dalla valutazione del rischio emerge che le attività comportano casi di esposizione sporadica e di debole intensità all'amianto (art. 249)? N.B.: Il valore limite di esposizione per l'amianto è fissato a 0,1 fibre per centimetro cubo di aria, misurato come media ponderata nel tempo di riferimento di otto ore.				
217	È stato redatto piano di lavoro, trasmesso all' ASL e comunicato ai lavoratori (art. 250)?				
218	Il D.L. ha presentato la notifica in caso di lavori che determinano esposizione all'amianto? La notifica viene aggiornata in caso di variazioni significative all'esposizione (art. 250)?				
219	Sono state adottate le prescritte misure di prevenzione e protezione? Sono state adottate le prescritte misure di igiene (artt. 251 e 252)?				
220	Si esegue un costante controllo dell'esposizione secondo le modalità prescritte (art. 253)?				
221	Nel caso di superamento del valore limite sono adottate le misure prescritte (art. 254)?				
222	Nel caso di lavorazioni particolari ove non sia possibile limitare la concentrazione di amianto sono adottate le misure di controllo prescritte (art. 255)?				
223	L'impresa che esegue demolizioni è iscritta all'Albo gestori ambientali? È predisposto piano di lavoro conforme alle prescrizioni? (art. 256)?				
224	È stata attivata la prescritta sorveglianza sanitaria (art. 258)?				
225	In seguito al censimento prescritto sono stati rinvenuti nell'edificio strutture o impianti con presenza di amianto (D.M. 6/9/1994)?				
226	Ove necessario sono stati esposti avvisi di pericolo per la presenza di amianto (D.M. 6/9/1994)?				
227	È attivato un piano di verifica periodica dello stato di conservazione (D.M. 6/9/1994)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
228	Sono state elaborate procedure di informazione e istruzioni operative per l'intervento sui manufatti? (D.M. 6/9/1994)?				
229	Le sostanze chimiche sono manipolate e conservate nel rispetto delle prescrizioni riportate sulle schede di sicurezza (schede 42 e 43; art. 28)?				
230	Sono stati previsti, nel piano di emergenza ed evacuazione, incidenti -diversi dall'incendio- dovuti a sostanze chimiche (schede 42 e 43; art. 28)?				
231	I lavoratori e in particolare gli addetti al primo soccorso sono in grado di leggere una scheda di sicurezza e conoscono i protocolli di intervento, sono disponibili idonee attrezzature (schede 42 e 43; art. 28)?				
232	Si impiegano gas tossici ai sensi del R.D. 147/1927 in quantità che prevedano l'autorizzazione (R.D. 147/1927 artt. 1 e 2)?				
233	È stata richiesta l'autorizzazione all'utilizzo di gas tossico (R.D. 147/1927 capo II)?				
234	Se la natura di gas tossico detenuto in deposito lo prevede, è stata richiesta l'autorizzazione (R.D. 147/1927 capo III)?				
235	L'addetto o gli addetti all'impiego di gas tossico hanno sostenuto l'esame di abilitazione (R.D. 147/1927 capo VII)?				
236	È stato individuato il responsabile tecnico ai sensi del R.D. 147/1927 (R.D. 147/1927 artt. 8, 12 e 14)?				
237	Si impiegano agenti biologici appartenenti ai gruppi 2 o 3 (all. XLVI)?				
238	È stata fatta la comunicazione agli organi di controllo almeno 30 giorni prima dell'inizio dei lavori (art. 269)?				
239	Si impiegano agenti biologici appartenenti al gruppo 4 (all. XLVI)?				
240	È stata ottenuta l'autorizzazione del Min. Sanità ed è stato comunicato agli organi di controllo l'inizio dell'attività con almeno 30 giorni di anticipo (artt. 269 e 270)?				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
241	Le procedure di cui ai punti precedenti sono state espletate ogni volta che venivano attivate nuove attività o in caso di variazione significative (art.269)?				
242	È stata eseguita la valutazione del rischio (art.271)?				
243	Sono state adottate le idonee misure tecniche e procedurali igieniche (artt. 272,273,275 e 276)?				
244	Sono previste procedure per la gestione dell'emergenza (art. 277)?				
245	I lavoratori hanno ricevuto idonea informazione e formazione (art. 278)?				
246	È stata attivata la sorveglianza sanitaria (art. 279)?				
247	Sono presenti registri degli esposti e degli eventi accidentali (art. 280)?				
248	La valutazione è programmata con cadenza almeno quadriennale (art. 181)?				
249	La valutazione è stata eseguita conformemente alle linee guida e tiene conto dei fattori di rischio previsti (art. 209; all. XXXVI)?				
250	A seguito della valutazione sono state adottate le necessarie misure di prevenzione e protezione? Sono segnalati i luoghi ove viene superato il valore di azione?				
251	È stata attivata, se necessario, la sorveglianza sanitaria (art. 211)?				
252	La valutazione è programmata con cadenza almeno quadriennale (art. 181)?				
253	La valutazione è stata eseguita conformemente alle linee guida e tiene conto dei fattori di rischio previsti (art. 216; all. XXXVII)?				
254	A seguito della valutazione sono state adottate le necessarie misure di prevenzione e protezione? Sono segnalati i luoghi ove viene superato il valore di azione? N.B.: I valori limite di esposizione per le radiazioni incoerenti sono riportati nell'allegato XXXVII, pt I.				

N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
255	I valori limite di esposizione per le radiazioni laser sono riportati nell'allegato XXXVII, pt. II.				
256	È stata attivata, se necessario, la sorveglianza sanitaria?				
257	In azienda sono presenti attività soggette a controllo da parte dei VV.F., di cui all'elenco del D.M. 16/02/1982 e al D.P.R. 689/59?				
258	L'azienda dispone del certificato di prevenzione incendi o ha presentato la DIA e relativa richiesta di sopralluogo?				
259	Il CPI o la documentazione presentata comprende tutte le attività soggette e risulta aggiornato?				
260	Sono rispettate tutte le prescrizioni previste dal CPI o dal progetto presentato?				
261	L'azienda ha provveduto a valutare il rischio incendio e a redigere il piano di emergenza?				
262	È stata fornita ai lavoratori adeguata formazione e informazione sul rischio incendio, sulle misure di prevenzione adottate e sulle procedure da attuare in caso di incendio?				
263	È presente in azienda il registro antincendio sui cui sono registrate le prove di evacuazione e gli interventi di manutenzione e controllo sui presidi fissi e mobili?				
264	È stato valutato il rischio incendio?				
265	È stato redatto il piano di intervento in caso di incendio?				
266	Sono stati designati uno o più lavoratori per la squadra antincendio?				
267	Gli addetti alla squadra antincendio hanno seguito apposito corso di formazione?				
268	È stato redatto il piano di miglioramento?				
269	Sono programmate prove di Evacuazione Annuali?				
270	Sono eseguite periodiche revisioni dei mezzi e dispositivi antincendio?				
271	Gli estintori sono sottoposti al controllo semestrale?				



N°	CHECK LIST	SI	NO	NA	EVIDENZA
272	Le vie di uscita sono conformi?				
273	I dispositivi di apertura delle porte installate lungo le vie di esodo sono provvisti di marcatura CE? I dispositivi di apertura rispondono ai requisiti tecnici previsti in rapporto all'impiego e all'affollamento dei locali (D.M. 03/11/2004) Se no, andavano sostituiti entro il 18/02/2011. In caso di rottura, sostituire con dispositivi omologati.				
274	Sono disponibili le dichiarazioni di corretta installazione e le certificazioni dei dispositivi di apertura?				
275	Viene eseguita manutenzione secondo le istruzioni del costruttore?				
276	Si detengono o fabbricano esplosivi propriamente detti (materiale esplodente)?				
277	Il materiale esplodente rientra nel campo di applicazione della normativa ATEX?				
278	È stato valutato il rischio di esplosione di polveri infiammabili, gas o vapori, è stato redatto il documento di valutazione del rischio da esplosione?				
279	Sono state identificate e classificate le zone pericolose?				
280	Sono stati adottati i generali provvedimenti di prevenzione?				
281	Sono state adottate le prescrizioni minime previste entro le scadenze prescritte?				
282	Le zone pericolose sono segnalate e provviste di adeguati allarmi ottico-acustici (segnale EX)?				
283	I lavoratori hanno ricevuto idonea formazione ed informazione?				
284	Gli impianti elettrici, di terra e di protezione dalle scariche atmosferiche in zone 0,1,20,21 sono soggette a verifiche periodiche biennali?				
285	Nel caso di presenza di interventi in appalto sono state prese le necessarie misure di coordinamento?				