

 FONDAZIONE CASA DI DIO ETS	FONDAZIONE CASA DI DIO ETS	
	MODELLO ORGANIZZATIVO EX D.LGS 231/01	Rev.06 07.09.2026

Revisione	Data	Motivo della revisione	Visto preparazione	Approvazione Consiglio Generale di indirizzo
00	13.12.2012	Prima emissione	DG Paolo Scalco	Delibera n°171
01	13.07.2017	Completa reimpostazione del Modello	SSDG	Delibera n°27
02	17.12.2020	Recepimento misure COVID-19	SSDG	Delibera n°43
03	20.01.2022	Aggiornamento Allegato III Mappatura processi gestionali	SSDG	Delibera n°3
04	22.12.2022	Aggiornamento Reati presupposti	SSDG	Delibera n°41
05	18.12.2023	Inserimento Whistleblowing	SSDG	Delibera n°33
06	07.09.2026	Recepimento trasformazione ETS, nuovo assetto organizzativo e gestione risk management	Elena Sandrini Stefania Mosconi	Delibera n°37

MODELLO ORGANIZZATIVO **GESTIONE E CONTROLLO** **ex D.LGS 231/01**

Approvato dal Consiglio generale di indirizzo con delibera n°37 del 07.09.2026

INDICE GENERALE

PARTE GENERALE

- **1. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO INTRODOTTO DAL D.LGS. N. 231/01**
 - 1.1 I soggetti destinatari della norma: i soggetti in posizione apicale, i sottoposti, le situazioni di fatto
 - 1.2 I reati presupposto previsti dal D.lgs. n. 231/01
 - 1.3 Il quadro sanzionatorio
 - 1.4 Esonero della responsabilità amministrativa
 - 1.5 I Singoli Reati
- **2. LA DISCIPLINA DEL C.D. WHISTLEBLOWING**
 - 2.1 I soggetti coinvolti e l'ambito di applicazione della norma
 - 2.2 Il diritto di segnalazione
 - 2.3 La tutela del whistleblower
 - 2.4 Il recepimento della normativa whistleblowing
 - 2.5 La procedura per gestire il canale di segnalazione interna

PARTE SPECIALE

- **1. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO ADOTTATO DA FONDAZIONE CASA DI DIO ETS**
 - 1.1 Presentazione della Fondazione Casa di Dio ETS
 - 1.2 Assetto Istituzionale - Organizzativo
 - 1.3 Funzioni e caratteristiche del modello di Fondazione Casa di Dio ETS
 - 1.4 Documenti aziendali connessi
- **2. ANALISI DEI PROCESSI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO**
 - 2.1 Metodologia della mappatura dei rischi
- **3. GESTIONE DEL RISK MANAGEMENT SANITARIO E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**
 - 3.1 Recepimento del Quadro Normativo (Legge Gelli-Bianco e D.M. 232/2023)
 - 3.2 Allegazione Automatica di Procedure e Protocolli al MOG
 - 3.3 La Responsabilità degli Operatori e degli Enti
 - 3.4 Flussi Informativi verso l'Organismo di Vigilanza (OdV)
- **4. MISURE ORGANIZZATIVE CAUTELARI**
 - 4.1 Sistema di deleghe e procure
 - 4.2 Governance
 - 4.3 Certificazioni e Sistemi di Gestione del rischio
- **5. ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)**
 - 5.1 Le caratteristiche dell'Organismo di Vigilanza
 - 5.2 Composizione
 - 5.3 Nomina – Durata - Revoca
 - 5.4 Ineleggibilità
 - 5.5 Attività operativa, rendicontazione e adempimenti OIV (Trasparenza ANAC)
 - 5.6 Funzioni
 - 5.7 Flussi Informativi e Audit verso l'ODV
 - 5.8 Segnalazioni
 - 5.9 Attività di indagine dell'ODV
- **6. IL CODICE DISCIPLINARE**
- **7. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEL MODELLO**
 - 7.1 Informazione agli amministratori
 - 7.2 Informazione e formazione ai dirigenti e ai responsabili/coordinatori di servizio

- 7.3 Informazione e formazione ai dipendenti
- 7.4 Comunicazione iniziale
- 7.5 Comunicazione ai fornitori, consulenti, personale non esclusivo e terzi

- **8. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO**

ALLEGATI

- **ALLEGATO I:** Elenco sintetico dei reati
- **ALLEGATO II:** Descrizione reati e sanzioni
- **ALLEGATO III:** Mappa dei reati (Mappatura dei rischi)

PARTE GENERALE

1. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO INTRODOTTO DAL D.lgs. N. 231/01

Il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001¹ (di seguito D. Lgs. 231/2001 o decreto) recante la "*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300*" ha consentito di adeguare la normativa italiana in materia di responsabilità delle persone giuridiche alle convenzioni internazionali già ratificate², ed ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità penale degli enti, che va ad aggiungersi a quella riconducibile alla persona fisica che ha materialmente posto in essere la condotta illecita.

Il principio della cosiddetta *responsabilità amministrativa* - introdotto dal citato Decreto - ha lo scopo di coinvolgere gli Enti nella sanzione dei reati, compiuti nell'interesse o vantaggio degli stessi; l'Ente, infatti, non è ritenuto responsabile se gli autori del reato hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

La *responsabilità amministrativa* è totalmente autonoma rispetto alla persona fisica che ha commesso il reato, infatti, ai sensi dell'art. 8 del Decreto, l'Ente potrà essere dichiarato responsabile anche se la persona fisica che ha commesso il reato non è imputabile ovvero non è stata individuata.

1.1 I soggetti destinatari della norma: i soggetti in posizione apicale, i sottoposti, le situazioni di fatto

L'art. 5 del Decreto stabilisce che l'Ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio da coloro che agiscono in nome e per conto dell'Ente rappresentato, vale a dire:

- a) da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;
- b) da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a);
- c) da soggetti esterni intendendo con tale espressione:
 - tutti coloro che intrattengono con la Fondazione un rapporto di lavoro subordinato od occasionale;
 - tutti i soggetti che collaborano con la Fondazione, in forza di un rapporto di lavoro parasubordinato (es. prestatori di lavoro temporaneo, interinali, ecc);
 - tutti coloro che, pur non facendo parte della Fondazione, operino o abbiano rapporti con essa (es. clienti, fornitori, partner, ecc)

Non tutti i reati commessi dai soggetti sopra indicati implicano una responsabilità amministrativa riconducibile all'Ente, atteso che sono individuate come rilevanti solo specifiche tipologie di reati.

La Sezione III del Capo I del Decreto 231/01 delinea in modo tassativo il catalogo dei reati presupposto dalla cui commissione può derivare la responsabilità amministrativa dell'Ente, se commessi da un soggetto suo "agente" posto in posizione apicale o sottoposto all'altrui direzione.

¹ Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 giugno 2001 e entrato in vigore il 4 luglio 2001.

² Convenzione Bruxelles 26 luglio 1995 a tutela degli interessi finanziari; Convenzione Bruxelles 26 maggio 1997 sulla lotta alla corruzione per i funzionari della Comunità Europea e Stati membri, Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997.

1.2 I reati presupposto previsti dal D.lgs. n.231/01

Per la tipologia dei reati attualmente perseguibili ai fini del Decreto si vedano gli allegati **ALLEGATO I** “Elenco sintetico dei reati” **ALLEGATO II** “Descrizione reati e sanzioni”, **ALLEGATO III** MAPPA DEI REATI.

L’art.10 della Legge 16 marzo 2006, n.146 (“Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001”) ha introdotto la responsabilità amministrativa degli enti in relazione alla commissione dei c.d. “reati transnazionali”.

È da evidenziare infine che il Legislatore ha previsto ed in futuro potrà prevedere altre fattispecie criminose che sono state aggiunte e si andranno ad aggiungere a quelle sopra indicate ed in tal caso sarà necessario procedere a una integrazione del Modello a cura dell’Organo di Vigilanza.

1.3 Il quadro sanzionatorio

Il D. Lgs. 231/2001 prevede tipologie differenti di sanzioni per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Nello specifico, le sanzioni sono le seguenti:

- a) sanzioni pecuniarie;
- b) sanzioni interdittive;
- c) confisca;
- d) pubblicazione della sentenza.

La **sanzione pecuniaria (artt. 10-12)** è sempre applicata nei casi di responsabilità dell’ente ed è determinata dal giudice attraverso un sistema basato su “quote”. La sanzione ha un’entità che varia a seconda della gravità del reato, dell’attività svolta per eliminare o ridurre le conseguenze e del grado di responsabilità della società.

Le **sanzioni interdittive, (artt. da 13 a 17)** applicabili solo ad alcune fattispecie menzionate dal decreto, sono le seguenti:

- interdizione dall’esercizio delle attività;
- sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell’illecito;
- divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
- esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi e sussidi, nonché la revoca di quelli eventualmente già concessi;
- divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Le sanzioni interdittive, previste in forme diverse a seconda della gravità del reato, rappresentano il maggior rischio per la società in quanto la loro applicazione può portare alla definitiva interdizione dell’esercizio dell’attività. Queste possono essere applicate in aggiunta alle sanzioni pecuniarie, esclusivamente se sono previste per il reato per cui si procede e nel caso in cui:

- dal reato è stato tratto un profitto rilevante e il reato è stato commesso da un soggetto apicale (o subordinato se il reato è stato reso possibile da carenze organizzative);
- l’illecito è stato reiterato.

La confisca (art. 19): è una sanzione autonoma e obbligatoria che si applica con la sentenza di condanna nei confronti dell’Ente, ed ha per oggetto il prezzo o il profitto del reato (salvo per la parte che può essere restituita al danneggiato), ovvero, se ciò non è possibile, somme di denaro o altre utilità di valore

equivalente al prezzo o al profitto del reato; sono fatti salvi i diritti acquisiti dal terzo in buona fede; lo scopo è quello di impedire che l'Ente sfrutti comportamenti illeciti ai fini di "lucro";

La pubblicazione della sentenza (art. 18): può essere disposta quando all'Ente viene applicata una sanzione interdittiva; la sentenza è pubblicata per una sola volta, per estratto o per intero, in uno o più giornali scelti dal giudice, e mediante affissione all'albo del Comune dove l'Ente ha sede; la pubblicazione è a spese dell'Ente, ed è eseguita dalla cancelleria del giudice; lo scopo è di portare a conoscenza del pubblico la sentenza di condanna, ed è evidente che si tratta di sanzione che incide sull'immagine dell'Ente stesso.

Deve, infine, osservarsi che l'Autorità Giudiziaria può, altresì, disporre:

- ✓ il sequestro preventivo delle cose di cui è consentita la confisca (art. 53);
- ✓ il sequestro conservativo dei beni mobili e immobili dell'Ente qualora sia riscontrata la fondata ragione di ritenere che manchino o si disperdano le garanzie per il pagamento della sanzione pecuniaria, delle spese del procedimento o di altre somme dovute allo Stato (art. 54).

1.4 Esonero della responsabilità amministrativa

Se il reato è stato commesso da soggetti in posizione apicale la società non è responsabile se fornisce la prova che:

- a) l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, **Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo** idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;
- b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei Modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un **Organismo della società** (chiamato Organismo di Vigilanza) dotato di poteri di iniziativa e di controllo;
- c) le persone hanno commesso il reato **eludendo fraudolentemente** i Modelli di organizzazione e gestione;
- d) non vi è stata **omessa o insufficiente vigilanza** da parte dell'Organismo di cui alla lettera b).

Se il reato è stato commesso da soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza dei soggetti apicali, la società è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza da parte degli organi dirigenti.

In quest'ipotesi, se la società, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un **Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo** idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi, e l'Organismo di Vigilanza ha diligentemente svolto le sue funzioni, **si presume esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza e, quindi, la responsabilità amministrativa della società.**

In pratica, gli artt. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001 prevedono una presunzione di colpevolezza se il reato è commesso da soggetti apicali; presunzione che viene meno se il reato è commesso da soggetti sottoposti a direzione e vigilanza dei soggetti apicali.

Ad illecito avvenuto, l'esimente scatta se la società si è dotata di un:

- **Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo** idoneo a prevenire i reati prima della commissione del reato (con ragionevole garanzia);
- **Organismo di Vigilanza e di controllo**, efficacemente operativo.

I Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo devono (art. 6 comma 2 D. Lgs. 231/2001):

- individuare **le attività** nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- prevedere specifici **protocolli** diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire (attività di controllo);
- individuare le modalità di gestione delle **risorse finanziarie** idonee ad impedire la commissione dei reati;

- prevedere obblighi di **informazione nei confronti dell'Organismo** deputato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza dei Modelli;
- introdurre un **sistema disciplinare** idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

Deve aggiungersi, inoltre, che con specifico riferimento all'efficacia preventiva del modello con riferimento ai reati (colposi) in materia di salute e sicurezza sul lavoro, l'art. 30 del T.U. n. 81/2008 statuisce che *“il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:*

- ✓ *al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;*
- ✓ *alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;*
- ✓ *alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;*
- ✓ *alle attività di sorveglianza sanitaria;*
- ✓ *alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;*
- ✓ *alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;*
- ✓ *all'acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;*
- ✓ *alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate”.*

Sempre secondo la lettera dell'art. 30: *“Il modello organizzativo e gestionale deve prevedere idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività. Il modello organizzativo deve in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello. Il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico. In sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle Linee guida UNI-EN ISO 45001 per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007 si presumono conformi ai requisiti di cui al presente articolo per le parti corrispondenti. Agli stessi fini ulteriori modelli di organizzazione e gestione aziendale possono essere indicati dalla Commissione di cui all'articolo 6”.*

1.5 I Singoli Reati

L'elenco integrale dei reati presupposti della Responsabilità amministrativa ex D. Lgs 231/2001 è riportato nel Documento **ALLEGATO I** “Elenco sintetico dei reati” e nel Documento **ALLEGATO II** “Descrizione reati e sanzioni”, che traggono origine da ogni modifica legislativa che introduce di colta in volta reati presupposti su indicazione dell'ODV.

2. LA DISCIPLINA DEL C.D. WHISTLEBLOWING

La disciplina del C.d. whistleblowing, disciplina delle segnalazioni protette, è stata introdotta dal D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 che attua la Direttiva UE 2019/1937 ed è finalizzata ad assicurare la garanzia di

determinate tutele al personale dipendente o a terze parti che segnalano una serie di condotte illecite, delle quali gli stessi abbiano notizia durante l'esercizio della propria attività lavorativa.

In particolare, attraverso i più appropriati canali di segnalazione interna dovranno essere garantiti:

- la riservatezza del segnalante ex art. 12 del D.lgs. 24/2023;
- il divieto di ritorsione nei confronti della persona segnalante;
- la certezza di presa in carico della segnalazione stessa.

2.1 I soggetti coinvolti e l'ambito di applicazione della norma

I soggetti coinvolti, ambito di applicazione della norma:

- Enti privati che hanno impiegato, nell'ultimo anno, la media di almeno 50 lavoratori subordinati con contratti di lavoro a tempo indeterminato o determinato e per i soggetti operanti nei settori regolamentati a livello europeo e richiamati nell'apposito allegato al D.Lgs. 24/2023 (es. settore dei mercati finanziari e del credito, sicurezza trasporti, tutela ambiente) La disciplina trova applicazione con riferimento "alle segnalazioni interne o esterne o divulgazioni pubbliche o denunce all'autorità giudiziaria o contabile delle informazioni di cui all'art. 2, comma 1, lett. a), nn. 3, 4, 5 e 6, del D.lgs. 24/2023"
- Enti che rientrano nell'ambito di applicazione del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, e adottano modelli di organizzazione e gestione ivi previsti, che abbiano impiegato, nell'ultimo anno, una media di lavoratori inferiore a 50 La disciplina si applica alle segnalazioni interne relative alle condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti.
- Enti che rientrano nell'ambito di applicazione del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, e adottano modelli di organizzazione e gestione ivi previsti, che abbiano impiegato, nell'ultimo anno, una media di lavoratori superiore a 50 La disciplina si applica alle segnalazioni interne relative alle condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti, nonché alle segnalazioni interne o esterne o divulgazioni pubbliche o denunce all'autorità giudiziaria o contabile delle informazioni di cui all'art. 2, comma 1, lett. a), nn. 3, 4, 5 e 6, del D.lgs. 24/2023.

La recente normativa, con riferimento "alle segnalazioni interne o esterne o divulgazioni pubbliche o denunce all'autorità giudiziaria o contabile delle informazioni di cui all'art. 2, comma 1, lett. a), nn. 3, 4, 5 e 6, del D.lgs. 24/2023", mira a ricomprendere nel diritto di segnalazione una serie di violazioni del diritto dell'Unione Europea o nazionale, riferendosi, in particolare, ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi; atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione di cui all'articolo 325 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea specificati nel diritto derivato pertinente dell'Unione europea; atti od omissioni riguardanti il mercato interno, di cui all'articolo 26, paragrafo 2, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, comprese le violazioni delle norme dell'Unione europea in materia di concorrenza e di aiuti di Stato, nonché le violazioni riguardanti il mercato interno connesse ad atti che violano le norme in materia di imposta sulle società o i meccanismi il cui fine è ottenere un vantaggio fiscale che vanifica l'oggetto o la finalità della normativa applicabile in materia di imposta sulle società" ex art. 2, comma 1, lett. a), nn. 3, 4, 5 e 6, del D.lgs. 24/2023.

2.2 Il diritto di segnalazione

Il diritto di segnalazione, ovvero i soggetti a cui è riservato il diritto di segnalazione, sono:

- I lavoratori subordinati, ivi compresi i lavoratori il cui rapporto di lavoro è disciplinato dal decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o dall'articolo 54-bis del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96;
- I lavoratori autonomi, ivi compresi quelli indicati al capo I della legge 22 maggio 2017, n. 81, nonché i titolari di un rapporto di collaborazione di cui all'articolo 409 cpc e all'articolo 2 del D. Lgs. n. 81 del 2015, che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Ente;
- I lavoratori o i collaboratori, che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Ente che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di terzi;
- I liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'Ente;
- I volontari e i tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso l'Ente;
- Le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso l'Ente.

2.3 La tutela del whistleblower

La recente normativa tutela il cd. whistleblower **alla riservatezza della sua identità**, la quale non può essere rivelata, senza il consenso di quest'ultimo, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni.

Il segnalante è, inoltre, tutelato dal **divieto di ritorsioni**, intendendosi quest'ultime come qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, che provoca o può provocare, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto (es. licenziamento, provvedimento disciplinare, demansionamento).

Infine, il segnalante ha diritto che la propria segnalazione sia presa in carico.

Le misure di protezione per i segnalanti, parimenti portatori del diritto di riservatezza e di non ritorsioni, si applicano anche:

- ai facilitatori, ossia le persone fisiche che assistono le persone segnalanti nel processo di segnalazione;
- alle persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado;
- ai colleghi di lavoro della persona segnalante e che hanno con detta persona un rapporto abituale e corrente; -
- agli enti di proprietà della persona segnalante o per i quali le stesse persone lavorano, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle suddette persone.

2.4 Il recepimento della normativa whistleblowing

La Fondazione Casa di Dio ETS, quale soggetto rientrante nell'ambito di applicazione della norma, ha recepito tale disciplina all'interno del Modello di Organizzazione e Gestione (MOG), individuando il canale di segnalazione interna, le modalità di gestione dello stesso, nonché le procedure ed i presupposti per effettuare le segnalazioni protette.

Il canale di segnalazione interna da gestire secondo la specifica procedura fissata dall'art. 5 del D.Lgs 24/2023 è stato individuato dalla Fondazione nel canale di segnalazione già previsto per le segnalazioni all'Organismo di Vigilanza (OdV) della Fondazione, ovvero l'indirizzo mail dedicato all'OdV odv@casadidio.eu

Le segnalazioni potranno riguardare le segnalazioni di condotte illecite rilevanti ai sensi del D. Lgs 231/2001, o violazioni dei modelli organizzativi, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse dall'Ente, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni.

Le segnalazioni potranno, altresì, riguardare violazioni delle disposizioni dell'Unione europea, come previsto dalla normativa.

2.5 La procedura per gestire il canale di segnalazione interna

Il soggetto preposto alla gestione del canale interno di segnalazione è stato individuato nell'OdV.

L'OdV è tenuto a garantire la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Lo stesso svolge le seguenti attività:

- rilascia alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione;
- mantiene interlocuzioni con la persona segnalante e può richiedere a quest'ultima, se necessario, integrazioni;
- dà diligente seguito alle segnalazioni ricevute;
- fornisce riscontro alla segnalazione entro tre mesi dalla data dell'avviso di ricevimento o, in mancanza di tale avviso, entro tre mesi dalla scadenza del termine di sette giorni dalla presentazione della segnalazione.

Sul sito internet della Fondazione sono pubblicate in una sezione dedicata le informazioni relative al canale di segnalazione interna, alla procedura di segnalazione, nonché i presupposti per le segnalazioni.

Anche all'interno di Fondazione il canale di segnalazione esterno, gestito dall'ANAC, ha natura residuale, poiché può essere attivato esclusivamente al ricorrere di una delle seguenti condizioni:

- quando il canale di segnalazione interna, non è attivo, o, se attivo, non è conforme alle disposizioni dell'art. 4 D. Lgs. 24/2023;
- nel caso in cui la segnalazione interna presentata non abbia avuto seguito, ossia se la segnalazione non è stata esaminata;
- se la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse la segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione possa determinare il rischio di ritorsione;
- se la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Ed infine, in via del tutto residuale, è previsto il canale della DIVULGAZIONE PUBBLICA: la presente modalità ex art. 15 del D. Lgs. 24/2023, si sostanzia nel rendere di pubblico dominio l'informazione sulla violazione, tramite la stampa, mezzi elettronici, o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Trattandosi di un canale residuale, può essere utilizzata quando è stata previamente effettuata una segnalazione interna o esterna, oppure il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire pericolo imminente o palese per il pubblico interesse, o infine, il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere seguito efficace per le indagini.

PARTE SPECIALE

1. IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO ADOTTATO DA FONDAZIONE CASA DI DIO ETS

1.1 Presentazione della Fondazione Casa di Dio ETS

La Fondazione Bresciana di Iniziative Sociali, **ora Fondazione Casa di Dio ETS**, è sorta il 1° gennaio 2004 a seguito della trasformazione deliberata dalla Commissione Amministratrice delle Istituzioni Bresciane di Iniziative Sociali in data 17 settembre 2003 n. 83 in ottemperanza al disposto degli artt. 3 e 5 della Legge Regione Lombardia n. 1/2003.

Le Istituzioni Bresciane di Iniziative Sociali costituivano un raggruppamento delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e beneficenza: I.P.A.B. "Rossini" e I.P.A.B. "Casa di Dio" a seguito delle modifiche statutarie intervenute con D.P.G.R. V/30046 del 19/12/1992.

Anteriormente tale raggruppamento era denominato "Amministrazione degli Orfanotrofi e Pie Case di Ricovero" a norma del Decreto Reale del 21 febbraio 1861, modificato dal R.D. 18.12.1941 n. 26017-52.

Questo Ente comprendeva una rete di istituzioni che si sono formate a partire dal Cinquecento e in seguito si sono consolidate e accresciute per assecondare i bisogni della povertà.

In particolare, tale Amministrazione comprendeva le II.PP.A.B.: Pio luogo "Casa di Dio", Pio luogo "Rossini", Pio luogo "Orfanotrofio Femminile", Pio luogo "Orfanotrofio Maschile", Pio luogo "Zitelle", Pio luogo "Lamberti-Passerini".

L'I.P.A.B. "Rossini" già denominata "Pio Luogo Rossini o delle Pericolanti" trae la sua origine dal dispaccio del R.G.L. 28.7.1828 n. 128101-844 di erezione in Ente Morale.

Con il D.P.G.R. n. V/30046 del 19.11.1992 l'I.P.A.B. "Rossini" ha incorporato, mediante fusione, i preesistenti Pii Luoghi: "Orfanotrofio Maschile", "Orfanotrofio Femminile", "Zitelle", "Lamberti Passerini", di cui al R.D. 18.12.1941 n. 26017-52.

L'I.P.A.B. "Casa di Dio", già denominata "Ospitale dei mendicanti o pio luogo Casa di Dio" trae la sua origine dall'atto del Magno Collegio dei Deputati della città di Brescia in data 8 settembre 1577.

Dal 1° Gennaio 2007 la Fondazione ha acquisito la qualifica di ONLUS.

Nel corso del 2010 il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, con l'intento di rendere maggiormente riconoscibile la Fondazione sul territorio bresciano, ha deliberato la modifica della denominazione della medesima riprendendo il nome originario di Casa di Dio. La Regione Lombardia con provvedimento in data 24 novembre 2010 n. 11981 ha approvato la modifica di denominazione.

Dal 31 marzo 2026, con l'iscrizione al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore) la Fondazione ha ufficialmente assunto la qualifica di Ente del Terzo Settore (ETS) non commerciale.

In una consolidata tradizione di collaborazione con l'Ente locale, che ne ha connotato l'intera storia, la Fondazione continua a seguire questa traccia operativa ponendosi a supporto della necessità del "pubblico" nell'accezione più alta del termine.

La Fondazione Casa di Dio ETS opera sul territorio bresciano attraverso l'erogazione di servizi socioassistenziali e sociosanitari a favore di persone fragili e non autosufficienti, disabili, in stato di bisogno o disagio sociale, in particolare a favore di anziani e minori, mettendo a disposizione strutture residenziali e semi residenziali.

1.2 Assetto Istituzionale - Organizzativo

In conformità a quanto stabilito dal nuovo Statuto approvato dal Consiglio generale in data 8 gennaio 2026 gli organi della Fondazione sono:

- a) Il Consiglio Generale di indirizzo
- b) Il Comitato di Amministrazione

- c) Il Presidente
- d) L'Organo di controllo.

Il Consiglio Generale di indirizzo esercita le funzioni di indirizzo politico-strategico e di sorveglianza della Fondazione, definendo gli obiettivi e i programmi di attività e sviluppo e verificando la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti. È composto da undici membri.

Il Comitato di Amministrazione esercita le funzioni di gestione delle attività della Fondazione. Al Comitato di Amministrazione sono conferiti i più ampi poteri sia per l'ordinaria che per la straordinaria amministrazione della Fondazione, esclusi solo quelli riservati al Consiglio Generale di indirizzo. Il Comitato di Amministrazione è composto da tre membri.

Il Presidente è il rappresentante legale della Fondazione.

L'Organo di controllo vigila sull'osservanza della legge e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione e in particolare sull'adeguatezza del sistema di controllo interno e di gestione dei rischi e dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile e suo concreto funzionamento.

Vigila inoltre sulle modalità di concreta attuazione delle regole di governo cui la Fondazione dichiara di attenersi. L'Organo di Controllo ha compiti anche di revisione legale dei conti ed è composto di tre membri effettivi. Per quanto attiene l'area rischi, ferme restando le attribuzioni proprie dell'Organo di controllo, si ritiene tuttavia opportuno ribadire che essa è nelle competenze ed attribuzioni dell'ODV.

L'organizzazione della Fondazione Casa di Dio ETS è capillarmente strutturata in Aree, Servizi ed Uffici, al cui vertice sono preposte figure dotate di autonome funzioni di direzione, coordinamento e controllo nei rispettivi ambiti di competenza, in linea con quanto definito dal Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (ROF).

L'architettura organizzativa si articola sui seguenti livelli direzionali ed operativi:

- **Direzione Generale:** Affidata al Direttore Generale, a cui compete il coordinamento complessivo della struttura aziendale, l'attuazione degli obiettivi di gestione stabiliti dal Comitato di Amministrazione e la supervisione strategica dei diversi servizi. Il Direttore Generale riveste formalmente la qualifica di Datore di Lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08 per tutte le unità produttive della Fondazione, esercitando i relativi e autonomi poteri decisionali e di spesa in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
- **Area Direzione Sanitaria:** Affidata al Direttore Sanitario, operante quale Dirigente e garante delle funzioni igienico-sanitarie, della qualità clinico-assistenziale, della vigilanza sulle prestazioni e della sicurezza biologica erogate nelle strutture (RSA, CDI, CASA), nonché Responsabile HACCP e Dirigente delegato alla sicurezza.
- **Area Amministrativa:** Affidata al Dirigente d'Area, responsabile della gestione e supervisione dei flussi finanziari, dei contratti, del bilancio, degli acquisti, degli adempimenti amministrativi e anch'esso formalmente investito della qualifica di Dirigente delegato alla sicurezza. Afferiscono all'Area Amministrativa anche i Servizi Risorse umane e ristorazione.
- **Medici Dipendenti:** Inquadriati con qualifica dirigenziale nell'esercizio delle loro funzioni cliniche, di diagnosi, cura e di coordinamento sanitario dei singoli Nuclei ed Unità Operative.

In applicazione dei criteri di imputazione della responsabilità amministrativa previsti dall'art. 5 del D. Lgs. 231/2001, i soggetti appartenenti alla Fondazione sono identificati e classificati all'interno delle seguenti categorie:

a) Soggetti in Posizione Apicale (art. 5, comma 1, lett. a, D.Lgs. 231/2001):

- Il Presidente e Legale Rappresentante (che opera altresì quale Punto di Contatto NIS2);
- I membri del Consiglio Generale di Indirizzo e i membri del Comitato di Amministrazione;
- Il Direttore Generale (nella veste di Datore di Lavoro e Sostituto Punto di Contatto NIS2) e i Dirigenti apicali d'Area (Direttore Sanitario e Dirigente dell'Area Amministrativa);
- Il Dirigente dell'Area Amministrativa, al quale è formalmente attribuito il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- I Medici Dipendenti, limitatamente alle proprie specifiche funzioni cliniche e ai poteri gerarchico-funzionali esercitati all'interno dei reparti di competenza;
- I Dirigenti d'Area

b) Soggetti Sottoposti all'altrui Direzione (art. 5, comma 1, lett. b, D.Lgs. 231/2001):

- Tutti i Responsabili Operativi di Servizio, Coordinatori di Servizio, Medici di Nucleo e Coordinatori dei Servizi Assistenziali (titolari dell'autonomia gestionale e operativa dei servizi). Si collocano in questa linea sia i servizi coordinati dai Dirigenti d'Area, sia i servizi di linea facenti capo direttamente alla Direzione Generale. Tali figure, nell'esercizio delle loro funzioni gestionali, operano formalmente come Preposti ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 81/08 e rivestono il ruolo di referenti Privacy, esercitando poteri decisionali e di vigilanza entro i limiti delle risorse a loro assegnate.
- Tutti i restanti dipendenti, collaboratori e personale operativo inseriti nelle diverse unità della Fondazione o in staff alle Direzioni, i quali svolgono la propria attività lavorativa sotto la direzione, vigilanza e il coordinamento dei superiori gerarchici e dei Responsabili/Preposti sopra individuati.

I Dirigenti della Direzione di Linea e le figure afferenti alla Linea intermedia sono nominati dal Comitato di Amministrazione su proposta del Direttore Generale. Essi rispondono della propria attività secondo le linee gerarchiche e funzionali tracciate nell'Organigramma aziendale e sono periodicamente valutati dal Comitato di Amministrazione, in conformità con quanto statuito dal ROF, il quale ne dettaglia le specifiche aree di competenza, deleghe e poteri.

Compete inoltre al Comitato di Amministrazione la validazione degli obiettivi e valutazione del Direttore Sanitario, dei Dirigenti e di tutte le figure afferenti alla linea intermedia delle responsabilità, su proposta del Direttore Generale o del Direttore Sanitario, per quanto di propria competenza, sia ai fini dell'attribuzione del premio di risultato che per la definizione del Piano formativo.

1.3 Funzioni e caratteristiche del modello di Fondazione Casa di Dio ETS

La Fondazione Casa di Dio ETS conformandosi a quanto previsto nel Decreto ha istituito un **Organismo di Vigilanza**, con il compito di controllare l'efficacia e il rispetto delle norme contenute nel presente modello organizzativo, nei documenti e procedure a questo annessi, nonché per curarne l'aggiornamento.

La Funzione del Modello è la costruzione di un sistema di controllo, strutturato e organico, che abbia come obiettivo "la prevenzione", per quanto possibile, dei reati rilevanti ai sensi del D.lgs.231/2001 e integrazioni.

Il sistema di controllo è stato altresì integrato e uniformato ai seguenti principi:

- ✓ verificabilità, documentabilità, coerenza e congruenza di ogni operazione;
- ✓ separazione delle funzioni;
- ✓ documentazione dei controlli ossia l'insieme di Procedure, Manuali e Istruzioni operative volte a regolamentare le attività nelle aree a rischio, integrato con il sistema di gestione per la Salute e Sicurezza dei lavoratori. Nella predisposizione del Modello si è tenuto conto delle procedure e dei

- sistemi di controllo esistenti, già operanti nell'Ente, in quanto idonei a valere anche come misure di prevenzione dei reati;
- ✓ introduzione di un adeguato sistema sanzionatorio per le violazioni delle norme e delle procedure previste dal Codice Etico e dal Modello;
 - ✓ previsione di flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza (Adozione P231.1 Flusso Informativo ODV).

1.4 Documenti aziendali connessi

Costituiscono parte integrante del presente modello:

- ✓ Codice Etico
- ✓ Codice Disciplinare ai fini del D. Lgs 231/2001
- ✓ Regolamento di funzionamento ed organizzazione della Fondazione
- ✓ Sistema di deleghe e procure
- ✓ Politica del Sistema integrato
- ✓ Codice di autodisciplina per il trattamento dei dati
- ✓ Documenti di valutazione dei Rischi delle singole strutture (DVR).

Sono parte integrante del presente MOG tutte le procedure, i protocolli e le istruzioni operative adottati o che verranno adottati dalla Fondazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro ai fini della prevenzione del rischio biologico e infettivo (ex art. 25-septies D.Lgs. 231/2001). Tali presidi organizzativi e clinico-assistenziali si intendono costantemente aggiornati e integrati in linea con le risultanze del Piano Aziendale del Risk Management (PARM), sotto la supervisione del Referente della Gestione del Rischio Clinico (Risk Manager) e in coordinamento con le analisi del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), al fine di intercettare tempestivamente ed eliminare eventuali carenze sistemiche o strutturali.

2. ANALISI DEI PROCESSI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

2.1. Metodologia della mappatura dei rischi

La mappatura dei Rischi è parte integrante del “Modello di prevenzione dei rischi” ex D. Lgs. 231/2001 e rappresenta lo strumento che riassume i processi gestionali della Fondazione Casa di Dio in relazione ai reati presupposto (**ALLEGATO III**)

Dal punto di vista pratico, la Mappatura dei Rischi è stata realizzata attraverso un duplice approfondimento:

- ❖ l'analisi documentale: Statuto; organigramma e struttura societaria; regolamenti interni; sistema delle deleghe (verbali del Consiglio Generale di indirizzo), Sistema integrato Qualità – Sicurezza - HACCP (manuale, procedure gestionali, modulistica), Documenti di Valutazione del Rischio ai sensi del D. Lgs. 81/2008;
- ❖ verifica con i responsabili della Fondazione delle procedure di competenza non facenti parte dei documenti di cui sopra

Nella Mappatura dei Rischi è stato analizzato:

- **tipo di reato** codificato da un codice alfa numerico che permette di collegare il processo all'elenco dei reati e alla loro descrizione
- **chi può commettere reato** ricavato dall'analisi documentale
- **come lo si può commettere** partendo dalla funzione aziendale, individuando i macroprocessi (quando possibile), e mappando infine i sottoprocessi ai quali è stato dato un numero progressivo, in carattere numerico che si collega al codice di reato di cui all'Allegato I Elenco reati.

Per individuare i processi e sottoprocessi si è perseguito un obiettivo di armonizzazione con quanto già in essere nel sistema integrato.

FUNZIONE AZIENDALE	PROCESSO	SOTTO PROCESSO
EROGAZIONE DEL SERVIZIO	ASSISTENZA OSPITI	Gestione farmaci e sostanze stupefacenti
		Gestione eventi infettivi
		Gestione rifiuti
	ALBERGHIERO	Preparazione pasti CUC e carrelli per la somministrazione
	ACCREDITAMENTO E RAPPORTI CON ENTI PUBBLICI DA CUI DERIVANO EROGAZIONI SIMILARI ALL'ACCREDITAMENTO	Gestione lista d'attesa
		Gestione del fascicolo
		Trasmissione dati e informazioni
		Attività di vigilanza organi preposti
AMMINISTRATIVO	RICHIESTE DI FINANZIAMENTI ENTI PUBBLICI E PRIVATI	Falsa indicazione di requisiti aziendali-strutturali e di bilancio
		Decisione e utilizzo di un finanziamento per scopo diverso da quello per cui era stato erogato
		Contatti finalizzati ad ottenere trattamenti di favore
	CONTRATTI PASSIVI	Costruzione atti di gara e scelta ditte
		Esecuzione contratti per forniture/servizi/lavori
		Esecuzione del contratto
	CONTRATTI ATTIVI/COMPRAVENDITA	Locazione o vendita di immobili e fondi rurali
RISORSE	RISORSE UMANE	Inserimento
		Vita lavorativa/dimissione
		Formazione
	MANUTENZIONI	
	INTERVENTI E RISTRUTTURAZIONE SU IMMOBILI	Fase progettuale
		Fase esecuzione lavori
	INFORMATICO	

- **indicazioni comportamentali:** sono stati inseriti:
 - gli articoli di regolamento se pertinenti;
 - la dove esistenti tutte le procedure e protocolli codificati, dettagliando dove possibile il paragrafo specifico di riferimento
 - si sono date indicazioni comportamentali specifiche
- **valutazione del rischio, ovvero rilevazione della probabilità per danno che si commetta il reato**

Per i processi identificati, si è proceduto, ad una valutazione del livello di rischio potenziale associabile a ciascuna attività/processo sensibile, secondo una metodologia di *risk assessment* basata sui seguenti elementi:

- 1) identificazione e ponderazione dei due macro-assi per l'analisi del rischio:
- 2) **asse probabilità**, indicativo del grado di possibilità che l'evento a rischio si realizzi;
- 3) **asse danno**, indicativo delle conseguenze della realizzazione dell'evento a rischio (commissione reato presupposto);
- 4) assegnazione e ponderazione, per ognuno dei macro-assi, di specifici parametri di valutazione;
- 5) assegnazione di uno scoring ad ogni parametro di valutazione sulla base di una scala qualitativa (danno: gravissimo-grave-moderato-lieve / probabilità: altamente probabile-probabile-poco probabile-improbabile)
- 6) definizione dello scoring finale e assegnazione di un giudizio sintetico di rischio in base allo stesso, qualificato nel seguente modo: ROSSO – rischio alto, GIALLO – rischio medio, VERDE – rischio basso, AZZURRO- lieve.

L'oggetto di valutazione è stato il rischio-reato «inerente», considerato secondo le variabili (assi) probabilità e danno: l'asse probabilità misura la probabilità teorica che l'evento a rischio (commissione reato) possa trovare realizzazione, mentre l'asse danno misura le conseguenze in caso di manifestazione dell'evento a rischio.

Le componenti di probabilità e danno sono poi state analizzate «a matrice», secondo un ranking di valutazione da 1-4 per ogni asse, come da successiva rappresentazione-

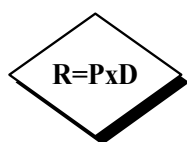
DANNO

Valore	Livello di danno D	Definizione/criteri
4	GRAVISSIMO	Danno economico, organizzativo e d'immagine irrimediabile (esempio: interdizione totale e permanente d'attività)
3	GRAVE	Danno economico, organizzativo e d'immagine elevato, con presenza di sanzioni interdittive
2	MODESTO	Danno economico, organizzativo e d'immagine limitati, senza sanzioni interdittive, con sanzioni amministrative
1	LIEVE	Danno economico limitato (fino a 200 quote), nessun danno né organizzativo né d'immagine.

PROBABILITA'

Considera la possibilità di realizzazione dell'evento nel contesto operativo, la natura e la frequenza delle attività a rischio e i "precedenti" nel contesto (giurisprudenza)

Valore	Livello di probabilità P	Definizione/criteri
4	ALTAMENTE PROBABILE	La natura delle attività a rischio è particolarmente "sensibile"; la frequenza delle stesse è alta (pressoché quotidiana). Si sono già verificati danni per lo stesso reato rilevato nella stessa azienda o in aziende simili. Il verificarsi del danno ipotizzato non susciterebbe stupore in azienda.
3	PROBABILE	La natura delle attività a rischio è abbastanza "sensibile"; la frequenza delle stesse è media (ad esempio: mensile). Sono noti alcuni episodi in cui al reato è seguito il danno. Il verificarsi del danno ipotizzato susciterebbe moderato stupore in azienda.
2	POCO PROBABILE	La natura delle attività a rischio è poco "sensibile"; la frequenza delle stesse è bassa. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi. Il verificarsi del danno ipotizzato susciterebbe grande stupore in azienda.
1	IMPROBABILE	Non sono presenti attività "sensibili". Non sono noti episodi già verificatisi. Il verificarsi del danno ipotizzato susciterebbe incredulità in azienda.



dove:

R è il livello di Rischio;
P è la Probabilità d'accadimento;
D è la gravità del Danno.

P	4	4	8	12	16
	3	3	6	9	12
	2	2	4	6	8
	1	1	2	3	4
		1	2	3	4
					D

Una tale rappresentazione può fornire un'indicazione delle priorità degli interventi, secondo il valore che il livello di rischio R assume.

**DALLA COMBINAZIONE DEI DUE FATTORI SI È RICAVATA
L' ENTITÀ DEL RISCHIO, CON GRADUALITÀ:**

LIEVE	BASSO	MEDIO	ALTO
-------	-------	-------	------

Valutazione del rischio	SIGNIFICATO-GESTIONE CORRETTIVI
1 – 2 LIEVE	Situazione sotto controllo. I fatti possono comunque far emergere opportunità di miglioramento e proposte. Il contesto è comunque ben regolato con norme e/o prassi e posto sotto controllo. Possibili follow-up anche non a breve.
3 – 4 BASSO	Situazione sostanzialmente sotto controllo. E' comunque un ambito di attenzione al fine della conformità a norme interne ed esterne. L'attuazione di raccomandazioni può, con probabilità, mitigare e ridurre situazioni di rischio che, in futuro, potrebbero insorgere. La "debolezza" è solo "potenziale" ma è possibile che possa inficiare il buon grado di controllo presente nell'ambito aziendale. La Direzione Aziendale può anche decidere di accettare il "rischio". Il monitoraggio di raccomandazioni e proposte è comunque opportuno, con periodici follow-up.
6 – 8 MEDIO	Situazione tendenzialmente critica. I fatti potrebbero evolvere sfavorevolmente verso anomalie gravi. Le situazioni sono solitamente riferite a carenza di controllo o di non "conformità" rispetto a linee guida, procedure aziendali, regolamenti e norme di legge. È opportuno che le raccomandazioni siano oggetto di sistematico follow-up.
9 – 16 ALTO	Situazione critica. E' relativa a fatti che si sono concretamente realizzati. I fatti richiedono un tempestivo intervento del management per mitigarne gli effetti e risolvere le cause all'origine. È opportuno che le raccomandazioni siano soggette a sistematico ed immediato follow-up.

In tale mappatura sono stati individuati i rischi più evidenti. Essa è la base che dovrà essere implementata e affinata con il tempo, come per esempio all'insorgere di cambiamenti organizzativi dovuti sia a disposizioni normative che di organizzazione interna.

3. GESTIONE DEL RISK MANAGEMENT SANITARIO E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

3.1 Recepimento del Quadro Normativo (Legge Gelli-Bianco e D.M. 232/2023)

Il sistema di controllo interno della Fondazione recepisce integralmente:

- **Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco):** Riconosce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, imponendo alle strutture sanitarie e socioassistenziali l'attivazione di funzioni di prevenzione e monitoraggio dei rischi.
- **Decreto Ministeriale n. 232/2023:** Definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici che le strutture devono possedere per la gestione del rischio clinico, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e la trasparenza dei dati.

In conformità a tale quadro normativo e ai requisiti di accreditamento della Regione Lombardia in materia di *Healthcare Enterprise Risk Management* (HERM), i presidi adottati dalla Fondazione e costantemente monitorati dall'Organismo di Vigilanza (OdV) comprendono:

- **Il Piano Aziendale del Risk Management (PARM):** Adottato formalmente con delibera del Comitato di Amministrazione, definisce annualmente la mappatura dei rischi sanitari e le relative azioni preventive.
- **Il Referente della Gestione del Rischio Clinico:** Nominato formalmente nella figura del Direttore Sanitario, al quale è affidato il compito di coordinare l'*incident reporting* e i flussi informativi verso l'ATS competente.

- **Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS):** Istituito con apposito regolamento interno in conformità al D.M. 232/2023 per l'analisi medico-legale e giuridica dei sinistri e la corretta quantificazione del fondo rischi.

3.2 Allegazione Automatica di Procedure e Protocolli al MOG

Al fine di garantire l'efficacia esimente del Modello e la tempestività dell'aggiornamento organizzativo, viene stabilito che tutte le procedure, le istruzioni operative e i protocolli clinico-assistenziali adottati (o modificati in futuro) dalla Direzione Sanitaria si considerano automaticamente allegati e parte integrante del presente Modello Organizzativo (MOG 231).

Tra questi rientrano tassativamente:

- Procedure di gestione dei farmaci e delle sostanze stupefacenti.
- Protocolli per la gestione e prevenzione di eventi infettivi e diffusivi.
- Protocolli di prevenzione degli eventi avversi (es. contenimento delle cadute degli ospiti, prevenzione delle lesioni da pressione).
- Procedure di gestione, archiviazione e consultazione del Fascicolo Sanitario.

3.3 La Responsabilità degli Operatori e degli Enti

Il Modello recepisce lo sdoppiamento della responsabilità introdotto dalla riforma del 2017:

1. **Responsabilità degli Operatori (Art. 6 L. 24/2017 - Art. 590-sexies c.p.):** La responsabilità penale per imperizia del personale medico e delle professioni sanitarie è esclusa qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida ufficiali (iscritte nel Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG) o, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto. Sotto il profilo civile, i dipendenti rispondono a titolo extracontrattuale (art. 2043 c.c.), salvo dolo o colpa grave.
2. **Responsabilità dell'Ente (Fondazione):** La Fondazione risponde a titolo contrattuale (artt. 1218 e 1228 c.c.) per le prestazioni erogate. Ai fini del D.Lgs. 231/01, l'esimente risiede nella dimostrazione di aver adottato un modello organizzativo idoneo a prevenire ed eliminare le carenze di sistema (organizzative, logistiche, strutturali o di personale) che possano aver concorso al verificarsi dell'evento lesivo.

3.4 Flussi Informativi verso l'Organismo di Vigilanza (OdV)

In conformità alla procedura aziendale di gestione dei flussi informativi 231 (Procedura P231.1), sono definiti i seguenti obblighi di comunicazione verso l'Organismo di Vigilanza, finalizzati a garantire la tempestiva intercettazione di anomalie organizzative o di potenziali profili di responsabilità dell'Ente:

Flussi a cura della Direzione Sanitaria (Risk Manager):

- **Relazione Periodica:** Trasmissione, con cadenza semestrale, dell'aggiornamento sullo stato di attuazione delle misure preventive e, con cadenza annuale, della relazione consuntiva sull'andamento del rischio clinico e sull'efficacia delle azioni correttive definite nel PARM;
- **Segnalazioni Straordinarie (Eventi Sentinella / Contenzioso):** Inoltro tempestivo all'OdV, per il tramite del referente del Servizio Affari Generali ed entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento, della segnalazione di eventi avversi significativi o sinistri occorsi agli ospiti per i quali si sia aperto un contenzioso giudiziario, stragiudiziale o una formale indagine da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Flussi a cura del Comitato Valutazione Sinistri (CVS):

Report di Sintesi Semestrale: Trasmissione, a cura del Segretario del CVS o del Risk Manager, di un report periodico strutturato contenente:

- L'elenco aggiornato delle richieste di risarcimento danni pervenute alla Fondazione e lo stato di avanzamento dei sinistri ancora aperti;
- Le risultanze delle analisi delle cause profonde (*root cause analysis*) effettuate sui sinistri chiusi o in istruttoria, evidenziando specificamente se l'evento lesivo sia riconducibile a carenze strutturali, organizzative, logistiche o a violazioni diffuse dei protocolli clinico-assistenziali interni;
- Copia dei verbali delle riunioni del Comitato in cui vengono deliberate le consistenze del Fondo Rischi (in regime di auto-ritenzione o franchigia) o le strategie di gestione e liquidazione del contenzioso in sinergia con i consulenti legali e le compagnie assicurative.

4. MISURE ORGANIZZATIVE CAUTELARI

La prevenzione dei reati nelle aree sensibili della Fondazione è rafforzata dalla Fondazione in via generale dalle misure in seguito indicate.

4.1 Sistema di deleghe e procure

Alla data di adozione del presente Modello, la Fondazione Casa di Dio ETS ha adottato un modello organizzativo improntato sull'accentramento dei poteri di rappresentanza e di spesa in capo ai vertici istituzionali statuari. Non risultano pertanto rilasciate deleghe di funzioni ex art. 16 D.Lgs. 81/08 o procure speciali institorie a favore di soggetti terzi o quadri intermedi.

La ripartizione delle responsabilità apicali e legali è così rigidamente perimetrata:

- **Legale Rappresentanza e Poteri di Firma:** spettano in via esclusiva al Presidente della Fondazione, il quale esercita i poteri di firma e di rappresentanza sostanziale e processuale della Fondazione di fronte ai terzi, in conformità alle attribuzioni statutarie.
- **Funzioni di Datore di Lavoro (D.Lgs. 81/08):** la qualifica di Datore di Lavoro è incardinata ex officio e integralmente nella figura del Direttore Generale. In capo ad esso risiedono la totalità dei poteri decisionali, organizzativi e di spesa autonomi necessari a garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori in tutte le unità produttive dell'Ente (RSA, CDI, Comunità alloggio, alloggi sociali e servizi domiciliari).

L'assenza di un sistema di sub-deleghe formali comporta che ogni atto che impegni la Fondazione verso l'esterno o che comporti l'esercizio di poteri di spesa straordinari debba essere sottoscritto dal Legale Rappresentante o, nei limiti delle proprie attribuzioni gestionali interne e di budget, dal Direttore Generale.

I Dirigenti, ad eccezione dei Medici di Nucleo, sono formati e nominati quali Dirigenti per la sicurezza unitamente ai Responsabili del Servizio Tecnico, Patrimonio e Unità d'offerta sociali.

I Responsabili operativi di Servizio e i coordinatori, pur operando quali "Preposti" ai fini della vigilanza operativa sulla sicurezza e referenti Privacy, non dispongono di autonomi poteri di spesa o di rappresentanza negoziale.

Il monitoraggio sulla persistenza di tale assetto e sulla necessità di una futura implementazione di procure formali è demandato al Comitato di Amministrazione, previa consultazione con l'Organismo di Vigilanza (ODV).

4.2 Governance

Il sistema di Governance della Fondazione Casa di Dio ETS è strutturato per garantire la massima trasparenza, la separazione delle funzioni di indirizzo strategico rispetto a quelle di gestione operativa, e la tracciabilità dei processi decisionali.

La catena di comando e di controllo è così articolata:

- **Consiglio Generale di Indirizzo:** Organo collegiale deputato alla definizione delle linee strategiche, dei programmi pluriennali di attività e dei criteri generali di gestione della Fondazione.
- **Comitato di Amministrazione:** Organo di gestione esecutiva composto dal Presidente e da due membri. Detiene i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione non riservati al Consiglio di Indirizzo, approva i bilanci e delibera sulle nomine dei Dirigenti e dei Responsabili di Servizio su proposta del Direttore Generale.
- **Direzione Generale:** Costituisce il fulcro dell'attività gestionale e amministrativa della Fondazione. Al Direttore Generale fa capo il coordinamento complessivo della struttura aziendale, l'attuazione delle delibere del Comitato di Amministrazione e la supervisione gerarchica di tutte le Aree (Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Servizi).
- **Organismo di Controllo e Vigilanza:** A presidio della legittimità e della correttezza della governance operano l'Organo di Controllo (con funzioni di vigilanza sull'osservazione della legge e dello statuto oltre all'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile e alla revisione contabile) e l'Organismo di Vigilanza (ODV) ex D.Lgs. 231/01, deputato a verificare costantemente l'efficacia, l'osservanza e l'aggiornamento del Modello.

Il funzionamento della Governance è rigidamente disciplinato dal Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (ROF). Ogni decisione apicale viene verbalizzata formalmente e le linee gerarchiche interne (mappate dall'Organigramma funzionale) vincolano i Responsabili di Servizio a rispondere del proprio operato direttamente alla Direzione Generale e, per il tramite di questa, al Comitato di Amministrazione.

4.3 Certificazioni e Sistemi di Gestione del rischio

La Fondazione sostiene e mantiene attivo un sistema di controllo interno e di gestione integrato, formalmente certificato in conformità alla norma internazionale UNI ISO 45001 (Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro) e sviluppato secondo rigorosi principi di identificazione, valutazione e mitigazione del rischio. Tale assetto è strutturato in stretta aderenza ai requisiti di accreditamento sociosanitario definiti da Regione Lombardia, ed è teso a perseguire e garantire:

- **Il monitoraggio e l'evoluzione del Risk Management:** La mappatura costante, la prevenzione e la gestione dei rischi clinici, assistenziali, strutturali e informatici (in coerenza con gli adempimenti NIS2), integrando le logiche di mitigazione del rischio nei processi decisionali ed operativi dell'ente.
- **Il miglioramento continuo e la sicurezza (SSL):** L'innalzamento progressivo dei livelli di sicurezza sul lavoro, delle prestazioni qualitative e delle tutele ambientali all'interno di tutte le strutture e i servizi della Fondazione, sotto la diretta supervisione del Datore di Lavoro (Direttore Generale) e del Referente Formazione & ISO 45001.
- **Il controllo della conformità normativa (Compliance):** La verifica sistematica del rispetto della legislazione cogente, delle regole e delle delibere di accreditamento di Regione Lombardia, nonché degli accordi e delle convenzioni sottoscritte con le parti interessate.

- La promozione del benessere organizzativo: La rilevazione periodica del livello di soddisfazione, l'ascolto attivo e la valorizzazione del personale dipendente e dei collaboratori, in stretta sinergia con la tutela e la centralità dei bisogni dell'utenza.
- L'integrazione dei processi: L'incorporazione dei requisiti del sistema di gestione SSL, del benessere aziendale e dei protocolli di Risk Management all'interno dei processi di business e dei percorsi clinico-assistenziali governati dalla Direzione Sanitaria.

La Fondazione garantisce l'efficacia e la tenuta di tale sistema integrato attraverso:

1. Audit interni periodici: condotti dagli incaricati della Direzione generale e sanitaria, dal Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP/ASPP) e da personale qualificato, volti a verificare l'effettiva tenuta delle procedure operative e dei protocolli di sicurezza.
2. Verifiche ispettive annuali di terza parte: Condotte da un Ente di Certificazione terzo, indipendente e accreditato, limitatamente al perimetro dello standard UNI ISO 45001, unitamente alle periodiche verifiche di vigilanza degli organi ispettivi di Regione Lombardia/ATS per il mantenimento dell'accreditamento.
3. Flussi informativi e condivisione con l'ODV: La trasmissione e la condivisione sistematica dei report di audit, dei verbali degli enti di certificazione, dei piani di azione correttiva e delle risultanze del Risk Management con l'Organismo di Vigilanza (ODV), al fine di monitorare costantemente le sinergie tra la conformità normativa ex D.Lgs. 231/01 e i presidi organizzativi adottati.

5. ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)

5.1 Le caratteristiche dell'Organismo di Vigilanza

L'articolo 6 del D. Lgs n. 231/2001 dispone che il compito di vigilare sul funzionamento, l'efficacia e l'osservanza del modello, nonché curarne l'aggiornamento, debba essere affidato ad un organismo dell'Ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, denominato Organismo di Vigilanza (ODV).

In aderenza all'Art. 21 dello Statuto della Fondazione, l'Organismo di Vigilanza svolge, in regime di cumulo funzionale e analogia, anche le funzioni di **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g) del D.Lgs. n. 150/2009, dell'art. 34 del D.Lgs. n. 33/2013 e delle Delibere ANAC vigenti in materia (n. 50/2013, n. 77/2013, n. 1310/2016 e n. 236/2017 e successive modificazioni e integrazioni).

All'interno di questo quadro di integrazione, volto a ottimizzare le attività di controllo interno dell'Ente del Terzo Settore (ETS), il ruolo di **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)** è assolto dal Dirigente dell'Area Amministrativa della Fondazione rilevando, in coerenza con i criteri ANAC, l'assenza di un'esposizione a profili di rischio corruttivo in capo a tale figura. Si precisa infatti che Il Dirigente non è titolare di autonomi poteri di spesa né di firma per atti con valenza esterna, funzioni riservate istituzionalmente al Legale Rappresentante/Presidente e al Direttore Generale/Datore di Lavoro.

In caso di sua assenza o temporaneo impedimento, l'incarico è affidato, in conformità ai criteri ANAC, ad altro soggetto formalmente delegato dal Comitato di Amministrazione.

L'assunzione e l'esercizio delle funzioni di OIV avvengono nel pieno rispetto della separazione delle rispettive attribuzioni e delle delibere del Consiglio Generale di Indirizzo, e non pregiudicano in alcun modo l'indipendenza, l'autonomia e la priorità d'azione dell'ODV nell'alveo delle verifiche relative ai reati-presupposto del D. Lgs. 231/01.

5.2 Composizione

L'Organismo di Vigilanza ha composizione collegiale ed è composto da 3 membri dotati di comprovata professionalità ed esperienza in campo legale, amministrativo-contabile, igienico-sanitario e della sicurezza sul lavoro.

In stretta osservanza di quanto prescritto dall'**Art. 21 dello Statuto della Fondazione**, la composizione dell'Organismo rispetta i seguenti criteri di integrazione interna ed esterna:

- **Due membri esterni** alla Fondazione, in possesso dei requisiti di indipendenza e di specifiche competenze interdisciplinari;
- **Un membro interno**, individuato e designato obbligatoriamente tra i componenti dell'Organo di Controllo di cui all'Art. 19 dello Statuto, al fine di assicurare la massima effettività, capillarità e sinergia nei controlli contabili e societari dell'Ente.

I requisiti fondamentali richiesti per la nomina sono l'onorabilità, la professionalità, l'autonomia e l'indipendenza, atti a garantire che l'Organismo e i suoi singoli componenti non siano in alcun modo coinvolti nelle attività gestionali e amministrative dirette che costituiscono l'oggetto della loro attività di vigilanza.

5.3 Nomina – Durata - Revoca

In aderenza all'Art. 21 dello Statuto, la nomina dei componenti dell'Organismo di Vigilanza è di competenza esclusiva del **Comitato di Amministrazione** (il quale esercita le funzioni di gestione e amministrazione dell'Ente ai sensi dell'Art. 15 dello Statuto). I componenti dell'ODV durano in carica tre anni e sono rieleggibili. La revoca anticipata dei membri dell'ODV prima della naturale scadenza del mandato può essere deliberata dal Comitato di Amministrazione esclusivamente per giusta causa (quale grave negligenza nell'adempimento dei doveri d'ufficio, inefficienza, infedeltà aziendale) o qualora si verificassero eventi o sopravvenienze che facciano venir meno i requisiti di indipendenza, autonomia e onorabilità previsti dalla legge o che determinino una situazione di conflitto di interessi insanabile.

5.4 Ineleggibilità

Costituiscono motivi di ineleggibilità e/o di decadenza del componente dell'Organismo di Vigilanza:

- relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il IV grado con membri del Consiglio Generale di indirizzo, del Comitato di Amministrazione o con la Direzione generale della Fondazione, nonché persone che esercitano - anche di fatto - la gestione e il controllo della Fondazione, Amministratori della Fondazione stessa o dell'Organo di Controllo nonché gli altri soggetti indicati dalla legge;
- conflitti di interesse, anche potenziali, con la Fondazione, che ne compromettano l'indipendenza;
- condanna, anche non passata in giudicato, ovvero decreto di applicazione della pena su richiesta delle parti (cosiddetto "patteggiamento"), in Italia o all'estero, per violazioni rilevanti ai fini del D.Lgs. 231/2001;
- condanna, anche non passata in giudicato, ovvero a una pena che comporta l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

5.5 Attività operativa, rendicontazione e adempimento OIV (Trasparenza ANAC)

Ogni anno, entro il 31 gennaio, dovrà essere prodotta una relazione al Consiglio Generale di indirizzo con riferimento all'attuazione del modello e con la programmazione dell'attività futura. Al termine dell'incarico dovrà essere predisposta una relazione complessiva sul lavoro svolto e sullo stato di attuazione del modello.

L'ODV si riunisce secondo quanto definito nel proprio Regolamento e riferisce al Presidente, al Comitato di Amministrazione e all'Organo di Controllo in merito alla attuazione del modello e alle risultanze della propria attività di verifica e di controllo nel rispetto del Regolamento succitato.

L'ODV nella sua composizione collegiale è tenuto a disciplinare il proprio funzionamento interno mediante un apposito regolamento che disciplini le proprie attività (convocazione, organizzazione delle riunioni, modalità di funzionamento, ripartizione compiti e quant'altro necessario).

In qualità di Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. n. 33/2013, l'OIV provvede annualmente a effettuare la rilevazione del livello di attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di trasparenza, secondo i criteri definiti dalla Delibera ANAC n. 168 del 15 aprile 2026. L'OIV esegue tale attività bloccando lo stato delle pubblicazioni (riferite all'annualità precedente) alla data fissa del 15 giugno di ogni anno, procedendo alla validazione e trasmissione della scheda di rilevazione per la successiva pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'ente entro il termine perentorio del 30 luglio.

In caso di rilevazione di criticità o di parziali inadempienze, si attiva la fase di monitoraggio obbligatorio: l'OIV sovrintende al processo di adeguamento da parte della Fondazione e procede alla verifica finale entro il 30 novembre di ciascun anno. Qualora persistano omissioni o elementi di non conformità qualitativa (in termini di completezza, aggiornamento, chiarezza e formato aperto), l'OIV provvede a segnalare tali inadempienze residue tramite l'apposito applicativo web dell'Autorità Nazionale Anticorruzione entro il successivo 15 gennaio.

In coerenza con la qualifica di Fondazione ETS non commerciale acquisita dall'Ente, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha la responsabilità di vigilare costantemente sulla corretta, completa e tempestiva pubblicazione di tutti i dati, atti e documenti previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza e contrasto alla corruzione, applicabile alla specifica natura giuridica e dimensionale della Fondazione. Per l'assolvimento di tali adempimenti e per assicurare il regolare coordinamento con i servizi aziendali, il RPCT si avvale del supporto operativo del Referente del Servizio Affari Generali e del Referente del Servizio Risorse Tecnologiche, entrambi incardinati in staff alla Direzione Generale.

5.6 Funzioni

All'Organismo di Vigilanza sono attribuite le seguenti funzioni:

- vigilare sull'osservanza delle prescrizioni del modello in relazione alle diverse tipologie di reato contemplate dal decreto;
- valutare periodicamente l'adeguatezza del modello organizzativo;
- verificare il mantenimento nel tempo dell'effettività e adeguatezza del modello organizzativo;
- proporre aggiornamenti del modello organizzativo.

L'ODV verifica che Fondazione abbia predisposto ed attuato il piano di formazione e divulgazione del modello organizzativo al personale aziendale.

L'ODV esercita i poteri di controllo attribuitogli dal modello, anche attraverso l'emanazione di direttive interne. A tal fine l'Organismo di Vigilanza effettua periodicamente verifiche mirate su determinate operazioni o atti specifici, posti in essere nell'ambito delle aree di attività a rischio.

Nello svolgimento dei compiti assegnati, l'Organismo di Vigilanza ha accesso senza limitazioni, nel rispetto della normativa vigente, alle informazioni correlate alle attività di indagine, analisi e controllo; l'accesso e ogni successivo trattamento dei dati deve avvenire nel rispetto della legge ed in particolare della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

5.7 Flussi Informativi e Audit verso l'ODV

In considerazione dell'assetto d'istituto della Fondazione – caratterizzato dall'accentramento dei poteri negoziali e di firma in capo al Presidente (Art. 18 dello Statuto), dall'esclusiva titolarità dei poteri di spesa e di gestione del personale in capo al Direttore Generale quale unico Datore di Lavoro ex D. Lgs. 81/08 (Art. 22 dello Statuto), e in totale assenza di sub-deleghe formali di funzioni o procure speciali verso l'esterno –, l'ODV struttura il proprio piano di audit recependo i seguenti flussi informativi periodici obbligatori.

In conformità alla procedura P231.1, i soggetti aziendali sono tenuti a inviare all'ODV (all'indirizzo odv@casadidio.eu, e per conoscenza a Posta Segreteria e al Direttore Generale) i seguenti documenti e informazioni:

Direttore Generale:

- Ordine del giorno di convocazione del Consiglio Generale di Indirizzo (ad ogni CG).
- Ordine del giorno di convocazione del Comitato di Amministrazione (ad ogni CdA)

Dirigente Area Amministrativa/RPCT:

- Aggiornamento trimestrale dello scadenziario dei contratti in essere per fornitura di beni e servizi e riepilogo nuovi contratti urbani e rurali (Tempistica: Trimestrale)

Referente amministrativo Direzione Sanitaria:

- Invio, dopo la presentazione al Consiglio Generale, delle relazioni semestrali (entro settembre dell'anno in corso) ed annuali (entro il mese di febbraio dell'anno successivo) sull'andamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali redatte rispettivamente dal Direttore Sanitario e dal Responsabile del Servizio UdO sociali

Referente amministrativo (segretario CVS) /Risk manager

- Report di sintesi semestrale CVS (stato richieste di risarcimento e avanzamento sinistri)
- Risultanze delle analisi delle cause profonde (RCA) su sinistri che evidenziano carenze di sistema
- Verbali delle riunioni del CVS (delibere consistenza Fondo Rischi e strategie contenzioso)

Responsabile Operativo Servizio Risorse Umane:

- Avvio di procedimenti disciplinari interni di rilievo e irrogazione di sanzioni per violazioni ex D.Lgs. 231/2001 e/o Codice Etico (Tempistica: 5 gg lavorativi dalla contestazione e dalla successiva irrogazione).
- Segnalazione di infortuni (Tempistica: Ogni mese; tempestiva in caso di infortunio grave).

Referente Affari Generali (Staff Direzione Generale):

- Ottenimento di qualsivoglia contributo o finanziamento da parte di soggetti pubblici o privati, esclusi rinnovi contratti di accreditamento con ATS e Comune (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'evento).
- Decisioni relative ad una diversa gestione dei servizi ed ogni altro evento significativo nell'ambito gestionale-organizzativo della Fondazione (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'evento).
- Richieste di assistenza legale inoltrate dai dipendenti per reati connessi all'attività lavorativa in Fondazione (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'evento).
- Documentazioni della polizia giudiziaria o di qualunque altra Autorità da cui si evinca lo svolgimento di indagini (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'evento).
- Verbali di ispezioni effettuate da Organismi di controllo esterni (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'evento).
- Relazione annuale su controversie legali (Tempistica: Entro il 30/04 dell'anno successivo)
- Segnalazione eventi avversi occorsi agli ospiti per cui si sia aperto un sinistro (Tempistica: 5 gg lavorativi).
- Comunicazione degli affidamenti ad un unico soggetto (art. 41 ROF) o rinnovi/proroghe (art. 44 ROF) (Tempistica: 5 gg lavorativi).
- Nuovi contratti/accreditamenti con Enti pubblici (Tempistica: 5 gg lavorativi).

RSPP:

- Riesame della Direzione (Tempistica: 5 gg lavorativi dall'approvazione)
- Esiti degli audit da parte di ente terzo di conformità alla norma 45001 (Tempistica: 5 gg lavorativi dalla sottoscrizione).

5.8 Segnalazioni

Il management e gli addetti alle attività di controllo nell'ambito delle singole funzioni devono segnalare le eventuali situazioni che possono esporre la Fondazione al rischio di reato.

I componenti degli organi sociali, i dipendenti e i terzi co-contraenti possono trasmettere segnalazioni relative a comportamenti illeciti rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 o a violazioni del presente Modello.

Al fine di garantire la piena conformità alle disposizioni del D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, le segnalazioni che integrano la disciplina del c.d. Whistleblowing devono essere inoltrate esclusivamente attraverso gli appositi canali informatici e secondo le tutele di riservatezza dettagliate al Paragrafo 2 della Parte Generale del presente Modello.

Le segnalazioni ordinarie o di carattere operativo, non rientranti nella tutela del Whistleblowing, devono essere trasmesse in forma scritta all'Organismo di Vigilanza tramite l'indirizzo di posta elettronica dedicato: odv@casadidio.eu.

L'ODV, a seguito delle segnalazioni, effettua le necessarie indagini per appurare la fondatezza e la veridicità delle segnalazioni ricevute. In sede di indagini l'ODV può ascoltare eventualmente l'autore della segnalazione. Nel caso in cui l'ODV decida di archiviare la segnalazione deve fornire per iscritto la motivazione. Se accerta la commissione di violazione, l'ODV individua i provvedimenti da adottare nel rispetto delle procedure di contestazione delle violazioni e di irrogazione delle misure disciplinari, previste dal sistema disciplinare. In ogni caso il Direttore Generale è tenuto ad informare periodicamente l'ODV del numero dei procedimenti disciplinari aperti.

5.9 Attività di indagine dell'ODV

L'ODV effettua verifiche mirate sulle principali operazioni attuate dalla Fondazione Casa di Dio ETS nell'ambito delle aree a rischio e ne dà evidenza in un rapporto scritto da trasmettere al Presidente ed al Comitato di Amministrazione nell'ambito dei rapporti periodici.

L'ODV è tenuto a condurre indagini interne per accertare la fondatezza delle presunte violazioni delle prescrizioni del presente Modello portate all'attenzione dello stesso tramite i canali di segnalazione di cui al Paragrafo 5.8 o emerse nel corso dell'attività di vigilanza istituzionale.

L'ODV gode di ampi e autonomi poteri ispettivi e ha accesso senza limitazioni a tutta la documentazione aziendale rilevante, compresi i dati relativi di aggiornamento, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

L'ODV si coordina stabilmente con i Responsabili delle diverse funzioni aziendali a rischio per acquisire elementi di indagine e verificare il rispetto delle procedure operative.

L'ODV aggiorna il sistema di identificazione, classificazione e mappatura delle aree a rischio in funzione dell'evoluzione del quadro normativo e della struttura aziendale, e propone i necessari adeguamenti del Modello secondo le modalità e i termini perentori definiti al successivo Capitolo 8.

6. IL CODICE DISCIPLINARE

L'art. 6, comma 2, lett. e) del D. Lgs. n. 231/2001 prevede espressamente l'introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello. La predisposizione di un adeguato sistema sanzionatorio, applicabile sia ai soggetti apicali che ai sottoposti, costituisce condizione essenziale per assicurare l'effettività, l'efficacia e la tenuta esimente del Modello stesso.

L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'esito di un eventuale procedimento penale e dall'esercizio dell'azione penale da parte dell'Autorità Giudiziaria, in quanto le regole di condotta imposte sono assunte dalla Fondazione in piena autonomia contrattuale e organizzativa.

La Fondazione ha adottato un Codice Disciplinare comprensivo del sistema sanzionatorio, allegato al presente Modello, del quale costituisce parte integrante e sostanziale.

Il sistema sanzionatorio della Fondazione è strutturato secondo i seguenti principi cardine:

- **Principio di Proporzionalità:** le sanzioni sono Graduate e applicate in base alla gravità dell'infrazione, al grado di colpa, all'eventuale recidiva e all'entità del rischio generato per la Fondazione;
- **Autonomia del Procedimento:** l'accertamento della violazione delle prescrizioni del MOG e del Codice Etico avviene tramite istruttoria interna coordinata dalla Direzione Generale, previa formale contestazione degli addebiti, garantendo il pieno diritto di difesa del lavoratore ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori) e del CCNL di categoria applicabile;
- **Sanzioni per la violazione delle tutele del Whistleblowing:** In conformità al D.Lgs. 24/2023, il Codice Disciplinare sanziona espressamente e con massima severità i soggetti che pongono in essere ritorsioni, discriminazioni o altre misure penalizzanti a danno del segnalante, nonché coloro che effettuano con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelino infondate;
- **Destinatari e Organi Competenti:** Il Codice Disciplinare mappa le sanzioni e le relative procedure di irrogazione distinguendo tra:
 - a) **Personale dipendente** (quadri, impiegati, operai e personale sanitario), per i quali si applicano le sanzioni conservative ed espulsive previste dal CCNL, irrogate dalla Direzione Generale;
 - b) **Medici con qualifica dirigenziale**, sanzionati secondo le specificità del proprio status contrattuale;
 - c) **Componenti degli Organi Sociali** (Consiglio Generale di Indirizzo, Comitato di Amministrazione, Organo di Controllo), per i quali l'accertamento della violazione è comunicato dall'ODV al Presidente e ai rispettivi Organi collegiali per l'adozione delle misure statutarie di revoca, sospensione o decadenza;
 - d) **Fornitori, consulenti e partner terzi**, per i quali la violazione del MOG attiva le clausole risolutive espresse inserite nei singoli contratti.

7. ATTIVITA' DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEL MODELLO

La conoscenza e la comprensione del presente Modello sono condizioni tassative per l'efficacia esimente dello stesso. La formazione non è un mero adempimento formale, ma un presidio di controllo aziendale obbligatorio.

- **Tracciabilità e Verificabilità:** Ogni evento formativo deve essere registrato con l'indicazione della data, dei contenuti trattati, dei docenti e con la raccolta delle firme di presenza (o log di accesso certificati per la formazione e-learning).
- **Verifica dell'Apprendimento:** Al termine di ogni sessione formativa è obbligatorio somministrare un test di valutazione dell'apprendimento. Il mancato superamento del test richiede la ripetizione del modulo.
- **Formazione Specialistica per la Nuova Dirigenza:**
 - **Direttore Generale (Datore di Lavoro):** Formazione obbligatoria incentrata sulle responsabilità penali e civili datoriali e sui poteri di alta vigilanza.
 - **Direttore Sanitario e Medici Dirigenti:** Moduli specifici sulla gestione del rischio clinico, del rischio biologico, sulla responsabilità medica in équipe e sulla corretta gestione dei farmaci/stupefacenti.
 - **Dirigente Area Amministrativa:** Formazione mirata sulla prevenzione dei reati societari, corruzione, reati fiscali e gestione trasparente degli appalti.
- **Sistema Sanzionatorio:** La mancata partecipazione ingiustificata alla formazione obbligatoria costituisce violazione del presente Modello e comporta l'automatica attivazione del **Procedimento Disciplinare** (Capitolo 6), configurandosi come inosservanza alle disposizioni della Direzione.

7.1 Informazione agli amministratori

Il Modello è comunicato formalmente dall'Organismo di Vigilanza, a ciascun componente del Consiglio Generale di indirizzo e del Comitato di Amministrazione, che dovesse subentrare agli Amministratori che lo hanno approvato.

Il Modello è parimenti comunicato ai componenti dell'Organo di Controllo che sottoscrivono una dichiarazione di conoscenza e presa visione del Modello in qualità di portatori d'interesse.

Copia delle suddette dichiarazioni è archiviata e conservata dall'Organismo di Vigilanza.

7.2 Informazione e formazione ai dirigenti e ai responsabili/coordinatori di servizio

Il Modello è comunicato formalmente dall'Organismo di Vigilanza a tutti i dirigenti e ai responsabili operativi/coordinatori di servizio/referenti in Staff della Linea intermedia delle responsabilità.

I principi e contenuti del D.Lgs. 231/2001 e del Modello sono inoltre divulgati mediante specifici momenti di informazione e di formazione da ripetersi anche in occasione di successive modifiche.

7.3 Informazione e formazione ai dipendenti

Il presente Modello, unitamente al Codice Etico, è reso disponibile sul sistema elettronico aziendale in modo che sia facilmente rinvenibile e consultabile da parte di tutto il personale ed è pubblicato in apposita Sezione sul sito web aziendale.

La presente modalità costituisce informativa per ciascun dipendente, che verrà indirizzato in tal senso.

I principi e contenuti del D. Lgs. 231/2001 e del Modello sono inoltre divulgati mediante specifici momenti di formazione e informazione da ripetersi anche in occasione di successive modifiche.

7.4 Comunicazione iniziale

Ai nuovi assunti viene consegnata una Comunicazione attestante l'adozione del Modello Organizzativo e comprensiva delle necessarie informazioni al fine di assicurare agli stessi le conoscenze considerate di primaria rilevanza. **I nuovi assunti sono tenuti a rilasciare una dichiarazione sottoscritta ove si attesti l'effettiva ottemperanza da parte della Fondazione di quanto sopra riportato.**

7.5 Comunicazione ai fornitori, consulenti, personale non esclusivo e terzi

I principi e i contenuti del Codice Etico e nel Modello sono portati a conoscenza di tutti coloro con i quali la Fondazione intrattiene relazioni contrattuali.

L'impegno all'osservanza della Legge e dei principi di riferimento del Codice Etico e del Modello da parte dei terzi aventi rapporti contrattuali con la società è previsto da **apposita nota integrativa al relativo contratto** ed è oggetto di accettazione da parte del terzo contraente tramite specifica sottoscrizione.

8. AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

Al fine di evitare che il Modello diventi obsoleto, l'aggiornamento deve seguire una procedura temporale rigida e non opzionale:

- **Aggiornamento Periodico Obbligatorio:** Il MOG deve essere sottoposto a revisione complessiva con cadenza **almeno biennale**, anche in assenza di modifiche legislative o organizzative, per verificarne la tenuta storica.
- **Aggiornamento Straordinario Immediato:** Il programma di aggiornamento deve essere avviato entro **30 giorni** dal verificarsi di:

1. Novità legislative che introducono nuovi reati presupposto applicabili alla Fondazione.

2. Mutamenti dell'organigramma o delle qualifiche dirigenziali (come l'attuale transizione della figura del Datore di Lavoro).
3. Infortuni gravi o anomalie intercettate dall'OdV durante le attività di audit.

- **Ruolo Attivo dell'OdV:** L'Organismo di Vigilanza non si limita a comunicare l'opportunità di aggiornamento, ma redige una **Relazione Tecnica di Gap Analysis** che individua i punti deboli da correggere, monitorando lo stato di avanzamento della revisione fino all'approvazione finale del Consiglio Generale di indirizzo.

L'OdV comunica al Presidente dell'ETS l'opportunità di aggiornamento.

L'aggiornamento della Parte Generale e Speciale è sottoposto all'approvazione del **Consiglio Generale di Indirizzo**.

Le modifiche formali che non incidono sul sistema di controllo sono approvate dal Presidente.