BEUP I.C.T. s.r.l.

Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa

valido come
Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo
ex Dlgs 231/01
ed ex art. 30 Dlgs 81/08 e DM 13/02/14
(parte generale)

coordinato con i Sistemi di Gestione ISO adottati

Indice

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche **6**

Premessa **7**

0 Introduzione 8

0.1 Generalità e validità **8**

0.2 Principi di gestione coordinati **9**

0.3 Approccio per Processi **9**

0.4 Integrazione e coordinamento con altri Sistemi di Gestione **10**

0.5 Modello di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08 - Reati di cui all'art. 25 septies **10**

1 Presentazione, Scopo e Campo di applicazione 11

1.1 Presentazione dell'Organizzazione **11**

1.2 Scopo e Campo di Applicazione **13**

2 Riferimenti normativi 13

2.1 Generalità **13**

2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto **14**

3 Termini e definizioni 14

4 Contesto dell'Organizzazione 17

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto **17**

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate **17**

4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA) **17**

4.4 Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA) e relativi processi **17**

4.4.1 Requisiti relativi alla documentazione 19

4.4.2 Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa 20

4.5 Valutazione del rischio-reato **20**

5 Leadership 21

5.1 Leadership e impegno 21
5.1.1 Organo direttivo 21
5.1.2 Alta direzione 21
5.2 Codice Etico e Politica per la Responsabilità Amministrativa 22
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione 22
5.3.1 Ruoli e responsabilità 22
5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa (RSGRA) 23
5.3.3 Deleghe nel processo decisionale 24
5.3.4 Organismo di Vigilanza 24
6 Pianificazione 26
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità 26
6.2 Obiettivi per la prevenzione dei reati e pianificazione per il loro raggiungimento 28
6.3 Pianificazione delle modifiche 29
7 Supporto 30
7.1 Risorse 30
7.1.1 Generalità 30
7.1.2 Persone 30
7.1.3 Infrastruttura 30
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi 30
7.1.5 Risorse Finanziarie 31
7.1.6 Conoscenza organizzativa 31
7.2 Competenza 31
7.2.1 Generalità 31
7.2.2 Processo di assunzione 32
7.3 Consapevolezza e formazione 32
7.4 Comunicazione 32
7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV 33

7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari 34

7.5 Informazioni documentate 34

7.5.1 Generalità 34

7.5.2 Creazione ed aggiornamento 34

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate 35

8 Attività operative 37

8.1 Pianificazione e controllo operativi 37

8.1.1 Definizione dei requisiti contrattuali con i clienti 37

8.1.2 Gestione dei fornitori 38

8.2 Due diligence 39

8.3 Controlli finanziari 39

8.4 Controlli non finanziari 39

8.4.1 Generalità 40

8.4.2 Tipo ed estensione del controllo 40

8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni 40

8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione dei reati da parte di organizzazioni controllate e soci in affari 40

8.6 Impegni per la prevenzione dei reati 40

8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili 40

8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione 41

8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing) 41

8.10 Indagini e gestione delle criticità 42

8.11 Sistema Disciplinare e meccanismo sanzionatorio 43

9 Valutazione delle prestazioni 45

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione 45

9.2 Audit interno 45

9.2.1 Competenza e valutazione degli auditors 46

9.2.2 Programmazione degli AI 46
9.2.3 Esecuzione degli AI 46
9.2.4 Rapporto di Audit interno 47
9.2.5 Valutazione della conformità legislativa 47
9.2.6 Richiesta Azioni di Miglioramento 47
9.2.7 Audit interni non programmati 48
9.3 Riesame di direzione 48
9.3.1 Generalità 48
9.3.2 Riesame da parte dell'alta direzione 48
9.3.3 Output del riesame della direzione 49
9.4 Riesame da parte di RSGRA (o eventuale Compliance Function) 49
9.5 Relazione annuale dell'OdV 49
10 Miglioramento 50
10.1 Generalità 50
10.2 Non Conformità e Azioni correttive 50
10.2.1 Verifica di Efficacia delle Azioni Correttive 51
10.2.2 Riesame delle Azioni Correttive 51
10.3 Miglioramento continuo 51
Tabella di Correlazione con i requisiti di altri standard 53

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche

Rev.	Data	Descrizione delle principali modifiche	Motivo delle modifiche
01	23/06/2021	Aggiornamento generale	Aggiornamento generale e miglioramenti terminologia
00	00	00	00

Premessa

Il Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa presentato nel presente documento è stato realizzato sulla base dello schema **"GS 23101:2017 - Requisiti per la realizzazione di un Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa - SGRA 231"**(**realizzato dal prof. avv. Angelo Mangione e dall'avv. Michela Spadafora,** esperti in tema di d.lgs. n. 231/01, criminalità negli affari, sicurezza sul lavoro, risk management, anticorruzione) in coordinamento e conformità delle norme ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, SA 8000, ISO 31000, ISO 37001, nelle loro revisioni più attuali.

I criteri ispiratori di questo Sistema di Gestione sono alla base dei principali standard per la realizzazione dei Sistemi di Gestione Aziendale, opportunamente adattati per la realizzazione di un ***Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo*** (di fatto, un vero e proprio **Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa)** realizzato con riferimento ai requisiti del **Decreto legislativo n. 231 dell'8.6.2001**, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19.6.2001, che detta la *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della Legge 29.9.2000 n. 300",* **oltre che conforme a quanto previsto dall'art. 30 del Dlgs 81/08 e compatibile con le procedure semplificate di cui al DM 13/02/2014.**

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità in sede penale degli enti (organizzazioni), che si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito, a "vantaggio dell'organizzazione", o anche solamente "nell'interesse dell'organizzazione", senza che ne sia ancora derivato necessariamente un vantaggio concreto. Quanto sopra vale sia che il reato sia commesso da soggetti in posizione apicale che da soggetti sottoposti all'altrui direzione, inclusi i soggetti non necessariamente in organigramma, come consulenti o procacciatori. La società non risponde, per espressa previsione legislativa (art. 5, comma 2, d.lgs. 231/2001), se le persone indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.
L'ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli enti e, in definitiva, gli interessi economici dei soci, i quali, fino all'entrata in vigore della legge in esame, non pativano conseguenze dalla realizzazione di reati commessi, con vantaggio della società, da amministratori o dipendenti.
Il principio di personalità della responsabilità penale li lasciava, infatti, indenni da conseguenze sanzionatorie, diverse dall'eventuale risarcimento del danno, se ed in quanto esistente (quasi sempre, tra l'altro, "coperto" da polizze assicurative).
Sul piano delle conseguenze penali, infatti, soltanto gli artt. 196 e 197 cod. pen. prevedono un'obbligazione civile per il pagamento di multe o ammende inflitte, in caso d'insolvibilità dell'autore materiale del fatto.
L'innovazione normativa, perciò, è di non poco conto, in quanto né l'organizzazione, né i soci possono dirsi estranei al procedimento penale per reati commessi a vantaggio o nell'interesse dell'organizzazione. Ciò, ovviamente, determina un interesse di quei soggetti (soci, CdA, Collegio Sindacale, ecc.) che partecipano alle vicende patrimoniali dell'organizzazione, al controllo della regolarità e della legalità dell'operato sociale.
Inoltre, dalla responsabilità non vengono escluse anche le società "Capogruppo", allorquando risulti che il reato commesso nell'interesse della "Controllata" (anche solo di fatto) sia derivato da "indicazioni" chiaramente provenienti da soggetti operanti per conto e nell'interesse della stessa Capogruppo.

Il legislatore ha previsto la possibilità per l'organizzazione di sottrarsi totalmente o parzialmente all'applicazione delle sanzioni, purché siano state rispettate determinate condizioni.

L'art. 6 e l'art. 7 del Dlgs 231, infatti, contemplano una forma di "esonero" da responsabilità dell'organizzazione se si dimostra, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, di aver adottato ed efficacemente attuato Modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati.

L'art. 6, co. 2, del D. Lgs. n. 231/2001, indica le caratteristiche essenziali per la costruzione di un modello di organizzazione, gestione e controllo. In particolare, le lettere a) e b) della citata disposizione si riferiscono

espressamente, sebbene con l'utilizzo di una terminologia ed esposizione estranea alla pratica aziendale, ad un tipico sistema di gestione dei rischi (risk management).

La norma segnala infatti espressamente le fasi principali in cui un simile sistema deve articolarsi:
a) l'identificazione dei rischi, ossia l'analisi del contesto aziendale per evidenziare in quale area/settore di attività e secondo quali modalità si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D.Lgs. 231/01;
b) la progettazione del sistema di controllo (c.d. protocolli per la programmazione della formazione ed attuazione delle decisioni dell'organizzazione), ossia la valutazione del sistema esistente all'interno dell'organizzazione ed il suo eventuale adeguamento;
c) l'istituzione di un Organismo di Vigilanza e Controllo, che vigili sull'efficacia del sistema di controllo;
d) l'istituzione di un Sistema Disciplinare e sanzionatorio interno;
e) la redazione di un Codice Etico.

Il sistema brevemente delineato non può inoltre, per operare efficacemente, ridursi ad un'attività una tantum, bensì deve tradursi in un processo continuo (o comunque svolto con una periodicità adeguata), da reiterare con particolare attenzione nei momenti di cambiamento (apertura di nuove sedi, ampliamento di attività, acquisizioni, riorganizzazioni, ecc.).

Lo scopo del presente documento, quindi, è quello di descrivere il Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (SGRA) dell'Organizzazione coordinato con i Sistemi di Gestione ISO adottati dall'Organizzazione stessa, che costituisce evidenza dell'adozione ed efficace attuazione dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231.

Cuore del SGRA, è descrivere le modalità con cui viene valutato il livello di rischio di compimento dei reati presupposto da parte dell'Organizzazione in ordine all'applicazione della normativa *ex* d.lgs. 231/01. L'obiettivo è quello di garantire l'identificazione dei processi a rischio di illecito (e delle relative attività), stabilendo i Critical Control Points (CCP), al fine di predisporre adeguate attività di monitoraggio e/o adeguamento degli stessi processi, atte a prevenire la realizzazione di un reato presupposto.

Le tecniche specifiche per l'effettuazione di un'analisi dei rischi possono essere di vario tipo, purché soddisfino i requisiti del presente Schema.

Nel caso in questione, comunque, è stato utilizzato il metodo ***"ERMES - Enterprise Risk Management Evaluation Series (Analisi dei Rischi per un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)"***, nella sua revisione più attuale, che sviluppa una metodologia di analisi dei rischi conforme ai requisiti del presente documento.

0 Introduzione

0.1 Generalità e validità

È facoltà delle Organizzazioni dotarsi dei Modelli di organizzazione e di gestione di cui agli artt. 6 e 7 del D.Lgs. 231/01 (di seguito intesi anche come ***Sistemi di Gestione della Responsabilità Amministrativa ex Dlgs 231/01, ovvero "SGRA"***).

Essendo ogni organizzazione dotata di caratteristiche proprie, il presente SGRA, pur facendo riferimento alle varie Linee Guida di riferimento, cominciando dalle Linee Guida di Confindustria, è stato realizzato in maniera "tailored", ovvero esattamente calato alla realtà aziendale nell'intento di poter costituire, cionondimeno, uno schema flessibile, al pari degli altri schemi relativi ad altri Sistemi di Gestione Aziendale esistenti nell'organizzazione.

Il presente SGRA, quindi, deve ritenersi conforme ai requisiti cogenti[1], alle prescrizioni adottate dall'organizzazione.

Il presente documento entra in vigore dalla data di adozione deliberata dal vertice aziendale ed ha scadenza illimitata, fatta salva ogni esigenza di revisione che possa emergere dalle attività di Riesame annuale. Qualunque sua variazione e/o integrazione dovrà essere approvata dallo stesso vertice aziendale.

0.2 Principi di gestione coordinati

Il presente manuale si basa sui seguenti principi di gestione coordinati:

- la focalizzazione sul cliente/area di reato;
- la leadership;
- la partecipazione attiva delle persone;
- l'approccio per processi;
- il miglioramento;
- il processo decisionale basato sulle evidenze;
- la gestione delle relazioni.

0.3 Approccio per Processi

È stata promossa l'adozione di un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia del presente SGRA.

Affinché un'organizzazione funzioni efficacemente, è necessario che essa determini e gestisca numerose attività collegate. Un'attività, o un insieme di attività, che utilizza risorse e che è gestita per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita, può essere considerata come un processo. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso al processo successivo.

L'applicazione di un sistema di processi nell'ambito di un'organizzazione, unitamente all'identificazione e alle interazioni di questi processi, e la loro gestione per conseguire il risultato desiderato (in questo caso individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati rilevanti ex Dlgs 231/01), può essere denominata "approccio per processi".

Un vantaggio dell'approccio per processi è che esso consente di tenere sotto continuo controllo[2] la connessione tra i singoli processi, nell'ambito del sistema di processi, così come la loro combinazione ed interazione (per maggiori informazioni, si veda il Sistema di Gestione UNI EN ISO 9001).

---

[1] Per "requisiti cogenti" si intendono, nel seguito, quelli stabiliti da leggi, regolamenti, direttive (requisiti legali) e prescrizioni obbligatorie in genere.

[2] il termine "controllo" ha due distinti significati:
- quello connesso ad attività di verifica della conformità di un prodotto o processo;
- quello relativo ad attività mirate a tenere sotto controllo, governare, regolare un processo.

Vedere anche UNI EN ISO 9000.

Per "processo" si intende un insieme coordinato di attività che produce un output a partire da un dato input. L'output è costituito di dati, informazioni, eventi, documenti.

I processi possono essere intra-funzionali (completamente compresi nello sviluppo di una sola funzione dell'organizzazione), oppure inter-funzionali (comprendenti attività che, nella struttura gerarchica esistente, sono sottoposte all'autorità e al controllo di determinate responsabilità dell'organizzazione).

Un'organizzazione orientata a prevenire la commissione di reati, deve adottare un insieme di strategie che vengono implementate attraverso i processi aziendali, con un orientamento generale al *risk based thinking.* Queste strategie devono basarsi sui seguenti requisiti dell'**Enterprise Risk Management**, sui quali si basa il presente SGRA:

1. Definizione dell'ambiente di controllo
2. Determinazione degli Obiettivi;
3. Identificazione degli eventi che possono pregiudicare o favorire il raggiungimento degli obiettivi;
4. Analisi dei rischi circa il raggiungimento degli obiettivi (SWOT analysis);
5. Strategie di Risposta al rischio;
6. Definizione ed attuazione dei controlli operativi;
7. Definizione ed attivazione dei flussi di comunicazione ed informazione;
8. Monitoraggio.

0.4 Integrazione e coordinamento con altri Sistemi di Gestione

Il presente SGRA è stato realizzato con l'intento di favorire il coordinamento e l'integrabilità con altri sistemi di gestione ISO adottati dall'organizzazione.

Per questo motivo, la struttura del presente SGRA segue, per quanto possibile, quella degli standard summenzionati (si veda la Tabella di correlazione in fondo al presente documento).

Inoltre, le registrazioni e le attività citate nel seguito del presente documento potranno essere integrate e/o richiamare le analoghe registrazioni e attività dei Sistemi di Gestione esistenti (es. Gestione Non Conformità, Gestione Audit Interni, Riesame, Elenco documenti, ecc.).

0.5 Modello di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08 - Reati di cui all'art. 25 septies

In particolare, per quanto riguarda i reati presupposto di cui all'art. 25-septies, è stata realizzata apposita sezione del documento "Risultati Analisi Qualitativa" (cosiddetta "Parte Speciale" del Modello), oltre al Documento di Valutazione dei Rischi ex artt. 17-28-29 del Dlgs 81/08.

1 Presentazione, Scopo e Campo di applicazione

1.1 Presentazione dell'Organizzazione

Attività:
La **Be Up ICT s.r.l.** costituita nel 2016 per la realizzazione di nuove opere nelle aree del Mezzogiorno d'Italia, usufruendo delle agevolazioni finanziarie, fiscali e previdenziali all'uopo previste dalle legislazioni regionali, nazionali e comunitarie vigenti e future, ha come oggetto sociale una vasta gamma di attività in tema di politiche attive e passive del lavoro, ICT, telecomunicazioni, efficientamento e nuove energie, tra le quali menzioniamo:

1) CONSULENZA FISCALE, CONTABILE E LEGALE; CONSULENZA AZIENDALE, MARKETING E RICERCHE DI MERCATO E RELATIVI SERVIZI PER PRIVATI, PROFESSIONISTI, IMPRESE E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;

2) PROCACCIAMENTO D' AFFARI (IN GENERALE, E IN PARTICOLARE IN TEMA DI SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO).

3) PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, CABLAGGIO, CONFIGURAZIONE E MANUTENZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI SOFTWARE E HARDWARE, DI PIATTAFORME, PROGRAMMI, APPLICAZIONI, SERVIZI, UTILITIES, PROCESSI E SISTEMI TECNOLOGICI, TELEMATICI, INFORMATICI E DIGITALI PER LA REALIZZAZIONE, PER ILCONTROLLO, PER LA MANUTENZIONE, PER LA SICUREZZA E PROTEZIONE DI PROCESSI DI ARCHIVIAZIONE E DATA CENTER, WEBFARM, ARCHIVI E BANCHE DATI, CENTRI DI CALCOLO, SISTEMI, INFRASTRUTTURE, RETI INFORMATICHE E DI TELECOMUNICAZIONE ANCHE IN FIBRA OTTICA, PER CONTO E NELL INTERESSE DI PRIVATI, ASSOCIAZIONI, FONDAZIONI,IMPRESE, CONSORZI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE CENTRALE, REGIONALE, PERIFERICA E LOCALE (IN SENSO LATO: IVI COMPRESE SOCIETA' CONTROLLATE O PARTECIPATE DA ENTI PUBBLICI, STATO, MINISTERI E ORGANI PERIFERICI, FORZE ARMATE, FORZE DI POLIZIA, REGIONI, ENTI TERRITORIALI ED ENTI LOCALI); IN PARTICOLARE: - PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, CONFIGURAZIONE, GESTIONE, MANUTENZIONE E CONTROLLO DI ASSET INFORMATICI ANCHE DA REMOTO, SERVIZI E SISTEMI DI MONITORAGGIO INFORMATICO AVANZATO; - PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, CONFIGURAZIONE E MANUTENZIONE,ASSISTENZA E CONTROLLO,VENDITA E NOLEGGIO DI SERVIZI, APPLICAZIONI, PRODOTTI, UTILITIES E AMBIENTI PER IL DISASTER RECOVERY, CLOUD COMPUTING, DATA CENTER E SICUREZZA INFORMATICA E TELEMATICA; - PROGETTAZIONE, REALIZZAZIONE, ASSISTENZA, VENDITA E NOLEGGIO DI PROGRAMMI E SISTEMI DI GESTIONE ECOSOSTENIBILE PER L ESERCIZIO DI WEBFARM, CLOUD COMPUTING E DISASTER RECOVERY;

– PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, CONFIGURAZIONE E MANUTENZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI SISTEMI AUTOMATIZZATI DI GESTIONE E CONTROLLO DI UNITA' E PROCESSI PRODUTTIVI E DI EROGAZIONE SERVIZI DA PARTE DI IMPRESE E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE; PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, REALIZZAZIONE, CONFIGURAZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI SOFTWARE, PIATTAFORME, APPLICAZIONI E UTILITIES PER LA DIGITALIZZAZIONE DEL CICLO PRESCRITTIVO, DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DEL CITTADINO E PER LO SVILUPPO DELL INNOVAZIONE TECNOLOGICA E DIGITALE DELLE AZIENDE SANITARIE; – PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, REALIZZAZIONE, CONFIGURAZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI APPLICAZIONI E SISTEMI, E RELATIVA CONSULENZA, ASSISTENZA E MANUTENZIONE, PER LA DIGITALIZZAZIONE DELLA IDENTITA' PERSONALE, PER LA TRASMISSIONE DIGITALE DELLE CERTIFICAZIONI ANAGRAFICHE ED EUROPEE, PER LA ATTIVITA' DI AUTENTICAZIONE PER L' USO DI INFRASTRUTTURE PER LA GESTIONE FEDERATA DELLE IDENTITA' DIGITALI, NONCHE' PER LA PROTEZIONE E SICUREZZA DEI DATI PERSONALI E DELL IDENTITA' DIGITALE;

- PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, REALIZZAZIONE, CONFIGURAZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI SOFTWARE, PIATTAFORME, APPLICAZIONI E UTILITIES PER SERVIZI TELEMATICI DELLA GIUSTIZIA DIGITALE (CIVILE, PENALE) E DELLE RELATIVE INFRASTRUTTURE; – VENDITA E NOLEGGIO, PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, REALIZZAZIONE, CONFIGURAZIONE DI SOFTWARE, RETI INFORMATICHE, BANCHE DATI, PRODOTTI, APP E UTILITIES PER LE IMPRESE E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, E RELATIVI SERVIZI DI ASSISTENZA E MANUTENZIONE; PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, REALIZZAZIONE, CONFIGURAZIONE, VENDITA E NOLEGGIO DI SOFTWARE, PIATTAFORME, APPLICAZIONI PER IL RIUSO DI PROGRAMMI INFORMATICI O PARTI DI ESSI, PER LA VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO INFORMATICO E INFORMATIVO DELLE PUBBLICHE AMMINISTR AZIONI E PER L IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI TRASPARENZA DELLE MEDESIME;

– SERVIZI DI MANUTENZIONE, SUPPORTO E MONITORAGGIO, SVILUPPO, INSTALLAZIONE E INTEGRAZIONE DI SISTEMI INFORMATIVI E DI STRUTTURE COMPLESSE, E DEI

PROCESSI ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E PRODUTTIVI DI IMPRESE E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;

- SERVIZI DI PROGETTAZIONE, ASSISTENZA, SUPPORTO E CONSULENZA PER L ACCELERAZIONE DEI PROCESSI DI REALIZZAZIONE DI SMART CITIES & COMMUNITIES E PER L ELABORAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE E DEI MODELLI DI GOVERNANCE, ANCHE ATTRAVERSO LA PROGETTAZIONE E L INSTALLAZIONE DI PIATTAFORME, INFRASTRUTTURE,RETI E ARCHITETTURE INFORMATICHE, SISTEMI E PROCESSI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO; - PROGETTAZIONE, CONFIGURAZIONE, INSTALLAZIONE, CABLAGGIO, VENDITA E NOLEGGIO DI APPLICAZIONI E PIATTAFORME INFORMATICHE,ARCHITETTURE IT, RETI DI CONNESSIONE ANCHE IN FIBRA OTTICA, E INFRASTRUTTURE, UTILITIES E PRODOTTI, NONCHE' ASSISTENZA, MANUTENZIONE, CONSULENZA E SERVIZI AVANZATI PER LO SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, DELLE TELECOMUNICAZIONI, DELL INNOVAZIONE E DELL ECONOMIA DIGITALE;
- CONSULENZA, RICERCA E FORMAZIONE, E.LEARNING ED E.COLLABORATION, ANCHE MEDIANTE INTESE CON UNIVERSITA', DIPARTIMENTI E LABORATORI E CENTRI DI RICERCA, PUBBLICA E PRIVATA, SCUOLE E CENTRI DI ALTA FORMAZIONE E SPECIALIZZAZIONE, NAZIONALI ED ESTERI, PER LO SVILUPPO DELL ICT, DEL KNOW-HOW E DI CAPACITY ANCHE DIGITALE IN CAMPO SCIENTIFICO E TECNOLOGICO PER IMPRESE, CITTADINI E PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.

Indirizzo Sede legale: VIAGRANDE (CT) cap. 95029, VIA GIUSEPPE GARIBALDI 2/A;
Codice fiscale P.IVA: 05373630879
Forma giuridica: SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA
Pec: beupict@pec.it

Per le altre unità locali, si rimanda al Certificato della CCIAA.

1.2 Scopo e Campo di Applicazione

Lo scopo del presente documento è quello di costituire uno strumento di riferimento per l'implementazione efficace del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (SGRA) dell'Organizzazione, che costituisce adozione ed efficace attuazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo e di tutti gli adempimenti di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 e di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08, nonché di coordinarsi con i requisiti dei Sistemi di Gestione ISO adottati.

Il presente SGRA è stato realizzato per essere applicato a tutti i processi e le sedi aziendali, oltre che a tutto il personale e/o collaboratori e, comunque, chiunque entri in relazione con l'Organizzazione.
È, inoltre, intento dell'Organizzazione che possa essere esteso indistintamente ad ogni eventuale organizzazione controllata ed anche partecipata (per queste ultime, quantomeno nei limiti del Codice Etico).

2 Riferimenti normativi

2.1 Generalità

I documenti richiamati di seguito sono indispensabili per l'applicazione del presente SGRA. Per quanto riguarda i riferimenti datati, si applica esclusivamente l'edizione citata. Per i riferimenti non datati vale l'ultima edizione del documento a cui si fa riferimento (compresi gli aggiornamenti).

- UNI EN ISO 9001:3174 (Istituto Giordano) "Sistemi di Gestione per la Qualità"

- ISO 9000 “Quality management systems - Fundamentals and vocabulary”
- Legge 29 settembre 2000, n. 300;
- Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e s.m.i.;
- LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarita' di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.
- Dlgs 81/08, art. 30 e DM 13/02/2014 (Modelli Organizzativi per la Sicurezza sul Lavoro e Procedure Semplificate)
- “GS 23101:2017 - Requisiti per la realizzazione di un Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa - SGRA 231”
- “ERMES - Enterprise Risk Management Evaluation Series (Analisi dei Rischi per un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01 ed Analisi dei rischi ed opportunità per il Sistema di Gestione per la Qualità)”, nella sua revisione più attuale;
- GS 23101-3 “Tabella Reati_Illeciti Presupposto Responsabilità ex Dlgs 231_01 con sanzioni e riferimenti alle fonti”, nella sua revisione più attuale;
- Linee Guida Confindustria;
- Regolamenti interni e Statuto dell’Organizzazione;
- Ogni altro riferimento normativo citato nel presente documento.

2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto

I reati/illeciti rilevanti anche in ipotesi tentata (salvo quanto stabilito dal comma 2 dell’articolo 26 del D.Lgs. 231/01) sono quelli riportati nel documento ***GS 23101-3“Tabella Reati_Illeciti Presupposto Responsabilità ex Dlgs 231_01 con sanzioni e riferimenti alle fonti”***, nella sua revisione più attuale, complementare al presente SGRA, ma con revisione indipendente.

3 Termini e definizioni

Ai fini del presente documento, si applicano i termini e le definizioni di cui alla ISO 9000:2015, oltre quelli di seguito riportati:

Termine	Definizione
AD	Alta Direzione: Amministratore Unico
Affidabilità	Attitudine di qualcuno/qualcosa ad adempiere alla missione richiesta nelle condizioni fissate e per un periodo di tempo stabilito.
Analisi dei rischi	Attività di analisi specifica dell’organizzazione finalizzata a rilevare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati, ai sensi del D.Lgs. 231/01.
Audit del sistema di gestione	Processo di verifica sistematico, indipendente e documentato, realizzato al fine di ottenere evidenze oggettive su registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni necessarie a determinare se il sistema di gestione è conforme alle politiche, procedure o requisiti del sistema digestione adottato dall’organizzazione.
Azione correttiva	Insieme di attività coordinate aventi lo scopo di eliminare le cause di una non conformità rilevata.
Azione preventiva	Insieme di attività coordinate aventi lo scopo di eliminare la causa di una non conformità potenziale.
Cliente	Organizzazione o persona che riceve prodotti o servizi.

Termine	Definizione
Codice Etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti dei soggetti terzi interessati quali dipendenti, Clienti, Fornitori, ecc. e finalizzati a promuovere, raccomandare o vietare determinati comportamenti al di là e indipendentemente da quanto previsto a livello normativo.
Conflitto di interessi	Situazione in cui gli interessi commerciali, economici, famigliari, politici o personali potrebbero interferire con il giudizio degli individui nello svolgimento delle loro funzioni per l'organizzazione.
Corruzione	Offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (economico o non economico, in maniera diretta o indiretta), violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona.
Decreto Legislativo 231/2001	Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 e successive modificazioni e integrazioni.
Documentazione	Qualsiasi informazione scritta, illustrata o registrata, che descriva, definisca, specifichi, documenti o certifichi attività, prescrizioni, procedure o risultati aventi attinenza con la prevenzione dei reati.
Due diligence	Processo per valutare ulteriormente la natura e l'entità del rischio di corruzione e aiutare le organizzazioni ad assumere decisioni in relazione a transazioni, progetti, attività, soci in affari e personale specifici.
Fornitore	Organizzazione o persona che fornisce un prodotto o servizio.
Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione (Compliance Function)	La persona avente la responsabilità e l'autorità per il funzionamento del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione.
Istruzione	Informazione documentata intesa a fornire concisamente disposizioni sulle modalità di esecuzione di una determinata attività.
Miglioramento continuo	Processo del sistema di gestione per ottenere miglioramenti della prestazione complessiva in accordo con la politica dell'organizzazione.
Modello Organizzativo	Insieme delle strutture, delle responsabilità, delle modalità di espletamento delle attività e dei protocolli/procedure adottati e attuati tramite le quali si espletano le attività caratteristiche dell'organizzazione.
Non conformità	Mancato soddisfacimento di requisiti specificati.
Organizzazione	L'Ente per come definito dal Dlgs 231/01: Gruppo, società, azienda, impresa, ente o istituzione, ovvero loro parti o combinazioni, informa associata o meno, pubblica o privata, che abbia una propria struttura funzionale e amministrativa. Nel caso specifico, " **Be Up ICT s.r.l.".**
Organo di vigilanza e controllo	L'Organismo di cui all'art. 6 comma 1 lett. b) del D.Lgs 231/01.
Parte interessata *(stakeholder)*	Persona o organizzazione che può influenzare, essere influenzata o percepire sé stessa come influenzata da una decisione o un''attività.
Parte terza	Persona o ente indipendente dall'organizzazione.
Pericolo	Fonte, situazione o atto che può provocare la commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del Dlgs 231/01 e s.m.i.
Politica per la prevenzione dei reati/per la qualità	Obiettivi e indirizzi generali di un'organizzazione per quanto riguarda la prevenzione dei reati, espressa in modo formale dalla direzione e del miglioramento continuo dei processi aziendali.
Procedura documentata	Documento che descrive le responsabilità, le attività e come queste devono essere svolte. Tale documento va predisposto, approvato, attuato e aggiornato.
Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

Termine	Definizione
Protocollo	Metodo specificato per svolgere un'attività o un processo.
Pubblico ufficiale	Persona che ricopre incarichi legislativi, amministrativi o giudiziari, indipendentemente che derivino da nomina, elezione o successione, o qualsiasi persona che eserciti una funzione pubblica.
RSGRA	Responsabile del SGRA
Riesame	Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia a conseguire gli obiettivi prestabiliti.
Rischio	Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del Dlgs 231/01 e s.m.i.
Rischio accettabile	Rischio che può essere ridotto ad un livello che può essere tollerabile per l'organizzazione con riferimento agli obblighi di legge e a quanto espresso nel SGRA, ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non FRAUDOLENTEMENTE
SGRA	Acronimo che identifica il Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa.
SGQ	Acronimo che identifica il Sistema di gestione per la qualità
Sistema disciplinare (SD)	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2 lett. e) del D.Lgs 231/01
Socio in affari	Parte esterna con cui l'organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale.
Soggetti in posizione apicale	I soggetti di cui all'art. 5 lett. a) del D.Lgs 231/01.
Soggetti sottoposti all'altrui direzione	I soggetti di cui all'art. 5 lett. b) del D.Lgs 231/01.

4 Contesto dell'Organizzazione

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

L'azienda gode dalla certificazione UNI EN ISO 9001:2018.
L'azienda è accreditata FORMATEMP (iscrizione n. 1248)

Numero REA: (CCIAA: Sud est Sicilia) CT - 361896.
Numero REA: (CCIAA: Milano-Monza-Brianza e Lodi) – MI-2580000

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Dato il loro effetto, o effetto potenziale, sulla capacità dell'organizzazione di fornire con regolarità prodotti e servizi che soddisfino i requisiti del cliente e quelli cogenti applicabili, l'organizzazione ha determinato:

a) le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa;
b) i requisiti di tali parti interessate che sono rilevanti per il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa;

L'organizzazione ha determinato quali sono le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa.

Inoltre, l'organizzazione monitora e riesamina le informazioni che riguardano tali parti interessate e i loro requisiti rilevanti.

4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA)

L'Organizzazione ha determinato i confini e l'applicabilità del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA).

Il campo di applicazione del SGRA dell'Organizzazione è disponibile e mantenuto come informazione documentata, che dichiara tutti i tipi di servizi coperti.

4.4 Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA) e relativi processi

L'Organizzazione ha stabilito, documentato, attuato e mantiene attivo un SGRA coordinato con i Sistemi di Gestione adottati e ne migliora in continuo l'efficacia, in conformità ai requisiti del presente documento.

A tal fine l'organizzazione:

1) Adotta ed attua efficacemente un Modello di organizzazione, gestione e controllo (Modello Organizzativo) idoneo a prevenire i reati di cui al D.Lgs. 231/01 che, in relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati:
   a) individua le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;

b) prevede specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'organizzazione in relazione ai reati da prevenire;
c) individua modalità di gestione delle risorse finanziare idonee a prevenire la commissione dei reati;
d) prevede obblighi di informazione nei confronti dell'organismo di cui al successivo punto 2);
e) introduce un sistema disciplinare (vedi 5.5.4) idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Sistema di Gestione per la prevenzione dei Reati. Nel sistema disciplinare sono previste, in particolare, sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate
f) introduce uno o più canali che consentano ai dipendenti, agli apicali, e in generale a tutti i soggetti che si relazionano con l'Organizzazione, di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte. Tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione. Almeno un canale alternativo di segnalazione è idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;
g) stabilisce il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione.

2) ha affidato a un organismo dell'organizzazione dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del SGRA e di curarne l'aggiornamento.

In particolare, l'organizzazione ha:
- ✓ stabilito la sequenza e l'interazione tra i processi (vedi Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i. e correlato con i Sistemi di Gestione e con il DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);
- ✓ garantito la tracciabilità e trasparenza di qualsiasi attività;
- ✓ identificato i processi e le attività "sensibili", intesi quali processi/attività nel cui ambito possono essere commessi reati/illeciti rilevanti ex D.lgs. 231/01, nei seguenti processi e sotto-processi":

- ✓ CICLO ATTIVO
- ✓ GESTIONE COMMESSE
- ✓ SPONSORIZZAZIONI
- ✓ LIBERALITA' E NO-PROFIT
- ✓ SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO
- ✓ RAPPORTI CON LA P.A.
- ✓ PROCESSO PROCEDIMENTI GIUDIZIARI E ARBITRALI
- ✓ OMAGGI
- ✓ SPESE DI RAPPRESENTANZA
- ✓ IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI
- ✓ IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI
- ✓ CONSULENZE E INCARICHI PROFESSIONALI
- ✓ AUTORIZZAZIONI – CONCESSIONI
- ✓ ACCORDI TRANSATTIVI
- ✓ GESTIONE MAGAZZINO
- ✓ GESTIONE DEL PERSONALE
- ✓ CORPORATE GOVERNANCE
  a) Dichiarazioni dei redditi
  b) Bilancio
  c) Patrimonio e operazioni sul capitale
  d) Attività transnazionali
  e) Anti-Riciclaggio
- ✓ CICLO PASSIVO – Approvvigionamento beni e servizi

- ✓ RAPPORTI CON I FORNITORI
- ✓ COMPUTER INFORMATION SYSTEM (CIS) – Delitti informatici
- ✓ SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE
- ✓ CASSA E BANCHE
- ✓ DEBITI A LUNGO TERMINE
- ✓ OPERAZIONI CON PARTI CORRELATE
- ✓ CONTROLLO DI GESTIONE
- ✓ FINANZIAMENTI PUBBLICI

- ✓ valutato, per ogni processo “sensibile”, le attività a potenziale pericolo di reato/illecito nell’interesse o a vantaggio dell’organizzazione e il livello di rischio di commissione dei reati/illeciti, in base ai criteri e alle metodologie di gestione in essere;
- ✓ redatto l’Analisi dei Rischi (di cui al punto 6.1.1);
- ✓ predisposto le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati e l’ottimizzazione del SGRA;
- ✓ formalizzato in un “Codice Etico” i principi di auto-regolamentazione dell’organizzazione al suo interno e nei rapporti con i terzi (di cui al punto 5.2);
- ✓ adottato, diffuso e dato concreta attuazione al Codice Etico di cui al precedente punto;
- ✓ definito Statuto, regolamenti e mansionari che prevedano, tra l’altro, modalità di conferimento e revoca di responsabilità, deleghe, procure, facoltà e compiti nonché di attribuzione delle specifiche mansioni;
- ✓ assicurato l’adeguata disponibilità di risorse necessarie;
- ✓ stabilito l’aggiornamento del SGRA di concerto con l’evoluzione legislativa, con i risultati dell’Analisi dei Rischi e con l’attività dell’organizzazione;
- ✓ valutato tali processi ed attuato ogni modifica necessaria per assicurare che tali processi conseguano i risultati attesi.

Quando l'organizzazione sceglie di affidare all’esterno qualsiasi processo che influenzi la conformità ai requisiti del presente SGRA, essa si assicura di tenere sotto controllo tali processi. Il tipo e l'estensione del controllo da applicare a questi processi affidati all’esterno saranno definiti nell'ambito delle specifiche di processo.

Assicurare di tenere sotto controllo i processi affidati all’esterno non solleva l'organizzazione dalla responsabilità per la conformità a tutti i requisiti. Il tipo e l'estensione del controllo da applicare al processo affidato all’esterno possono essere influenzati da fattori quali:

a) l'impatto potenziale del processo affidato all’esterno sulla capacità dell'organizzazione di essere conforme ai requisiti;
b) il grado di ripartizione del controllo sul processo;
c) la capacità di ottenere il necessario controllo attraverso i requisiti relativi alla gestione dei fornitori, più avanti citati.

4.4.1 Requisiti relativi alla documentazione

La documentazione del SGRA comprende:

a) il presente Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa rappresentativo del modello di organizzazione, gestione e controllo (cosiddetta “Parte Generale del Modello”) realizzato ai sensi del Dlgs 231/01 e delle misure e dei protocolli adottati dall’organizzazione;
b) dichiarazioni documentate sulla politica per la responsabilità amministrativa, riportata nel Codice Etico, di cui al successivo punto 5.2;
c) Organigrammi e Mansionari di cui al punto 5.3.1;
d) analisi dei rischi di cui al punto 4.5, inclusa l’Analisi Qualitativa dei Rischi (cosiddetta “Parte Speciale del Modello”);
e) specifiche di processo, procedure documentate e protocolli;

f) documenti necessari all'organizzazione per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei processi;
g) Atto istitutivo e Statuto dell'OdV di cui al punto 5.3.4.3;
h) Sistema Disciplinare di cui al punto 8.11;
i) registrazioni previste dal presente documento.

4.4.2 Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa

L'organizzazione ha predisposto e tiene aggiornato il presente ***"Manuale del SGRA"*** (MSGRA), anche conosciuto come "Modello Organizzativo – Parte Generale", che svolge funzione di documento rappresentativo dell'applicazione dei requisiti dello schema di riferimento GS 23101:2017.

L'Alta Direzione assicura che, nella redazione del MSGRA, si sia tenuto conto di:
a) gli atti deliberativi, le direttive e le determinazioni della direzione con riferimento al SGRA,
b) la descrizione dei processi e della loro interazione, con l'indicazione degli impatti diretti o indiretti che questi possono avere sulla commissione dei reati;
c) l'analisi dei rischi di cui al punto 6.1.1;
d) le procedure documentate, i protocolli e le misure predisposte per il SGRA;
e) Il Sistema Disciplinare di cui al punto 8.11;
f) L'atto istitutivo e lo Statuto dell'Organismo di vigilanza e controllo, inclusa l'individuazione e le modalità di trasmissione dei flussi informativi obbligatori (vedi punto 5.3.4);
g) Il Codice Etico di cui al punto 5.2;
h) La pianificazione e la registrazione delle attività di audit;
i) La pianificazione e la registrazione della formazione del personale.

4.5 Valutazione del rischio-reato

L'organizzazione ha effettuato valutazioni periodiche del rischio-reato che:
a) identificano i rischi-reato che l'organizzazione possa ragionevolmente prevedere;
b) analizza, valuta e mette in ordine di priorità i rischi-reato identificati;
c) valuta l'idoneità e l'efficacia dei controlli esistenti dell'organizzazione per contenere i rischi-reato stimati.

Inoltre, l'organizzazione stabilisce i criteri per valutare il proprio livello di rischio-reato, che tiene in considerazione le politiche e gli obiettivi dell'organizzazione.
In tal senso, l'organizzazione ha effettuato la valutazione del rischio di corruzione all'interno dell'Analisi Qualitativa dei Rischi e della Mappatura dei Rischi per Processo.

5 Leadership

Lo Statuto dell'Organizzazione, assieme all'Organigramma Societario, ai ***Sistemi di Gestione*** adottati***,*** al ***Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i.*** e al ***DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08***, che vengono gestiti come documenti a revisione indipendente e costituiscono il principale riferimento per la descrizione della struttura organizzativa, dei compiti e delle responsabilità nell'ambito dell'Organizzazione.

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Organo direttivo

L'alta direzione dimostra e fornisce evidenza del proprio impegno per lo sviluppo e per l'attuazione del SGRA e per migliorare in continuo la sua efficacia:

a) comunicando all'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti del presente SGRA, inclusi quelli cogenti;
b) promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del *risk-based thinking*;
c) stabilendo e promuovendo il Codice Etico di cui al punto 5.2;
d) assicurando che siano stabiliti ragionevoli obiettivi per ogni processo, in rapporto alle capacità dell'organizzazione;
e) conducendo i riesami della direzione;
f) assicurando che siano stabiliti ragionevoli obiettivi per ogni processo, in rapporto alle capacità dell'organizzazione;
g) assicurando la disponibilità di risorse e diffondendo ai dipendenti una cultura aziendale incentrata sulla qualità, per una migliore efficienza organizzativa ed un ambiente di lavoro che incentivi lo sviluppo delle persone (grazie alla migliore definizione dei ruoli e delle responsabilità);
h) promuovendo il miglioramento;
i) fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità;
j) e assicurando il tempestivo adeguamento del presente SGRA, nei casi in cui si manifestasse necessario.

Il Vertice dell'Organizzazione ha assunto l'impegno di diffondere a tutti i livelli la cultura dell'ERM (Enterprise Risk Management) e del miglioramento continuativo del SGRA ed ha realizzato detto impegno utilizzando la comunicazione tra i vari livelli, divulgando tra l'altro i principi etici che richiamano l'importanza di ottemperare ai requisiti dell'utente, oltre quelli normativi cogenti e volontari.

Inoltre, in occasione del Riesame (che, di norma, coincide con quelli dei Sistemi di Gestione adottati), il Vertice può stabilire gli obiettivi strategici, la strategia per conseguirli e gli obiettivi specifici per area e/o processo, sia qualitativi e quantitativi, che si pone l'organizzazione per il soddisfacimento in efficienza dei suddetti requisiti.

5.1.2 Alta direzione

In particolare, l'alta direzione assicura che i requisiti di legalità siano determinati e soddisfatti, allo scopo di garantire la soddisfazione dei requisiti del presente SGRA, anche tramite il Codice Etico di cui al punto 5.2 ed al Sistema Disciplinare di cui al punto 5.3.4.

5.2 Codice Etico e Politica per la Responsabilità Amministrativa

L'organizzazione ha predisposto, documentato, tiene aggiornato e diffonde il proprio "Codice Etico", che formalizza i diritti, i doveri e le responsabilità dell'organizzazione nei rapporti interni ed esterni e in relazione ai valori e agli obiettivi perseguiti in termini di SGRA.

Il Codice Etico, che costituisce un Documento a revisione indipendente e costituisce parte integrante del SGRA, è uno degli elementi predisposti dall'Organizzazione allo scopo di assicurare una efficace attività di prevenzione e contrasto di violazioni delle leggi e delle disposizioni regolamentari applicabili alle attività.

Il Codice Etico raccomanda, promuove o vieta determinati comportamenti a garanzia del corretto operare dell'organizzazione, indipendentemente e al di là di quanto previsto da specifiche norme di legge e dal presente disciplinare.

L'alta direzione assicura costantemente che il Codice Etico:

a) sia appropriato alle finalità dell'organizzazione;
b) costituisca la Politica per la Responsabilità Amministrativa dell'organizzazione, oltre che un impegno a soddisfare i requisiti ed a migliorare in continuo l'efficacia del SGRA;
c) fornisca un quadro strutturale per stabilire e riesaminare gli obiettivi del SGRA;
d) sia comunicato e compreso all'interno ed all'esterno dell'organizzazione;
e) sia riesaminato per accertarne la continua idoneità;
f) sia approvato dal massimo vertice dell'ente.

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

5.3.1 Ruoli e responsabilità

La direzione ha definito e fornisce evidenza circa deleghe, procure, facoltà, responsabilità e compiti all'interno dell'organizzazione, assicurando che siano coerenti con il SGRA e adeguati alle responsabilità organizzative assegnate.

In particolare, l'organizzazione ha predisposto Organigrammi, Statuto e Regolamenti interni, Protocolli e Specifiche di Processo (tramite i propri Sistemi di Gestione e che formano parte integrante del SGRA) e sono atti a fornire le seguenti informazioni:

GENERALI

- relazioni gerarchiche e funzionali tra le varie funzioni dell'organizzazione;
- competenze e caratteristiche di base per accedere alla mansione;
- obiettivi generali di mansione;
- processi nei quali la mansione è coinvolta;

PER OGNI PROCESSO

- attività e compiti tipici della mansione nell'ambito del processo;
- canali di comunicazione input-output attivati, con particolare riguardo a quelli riguardanti la comunicazione di anomalie o atipicità nello svolgimento nelle normali attività, specie riguardo a quelle che configurano comportamenti difformi dal Codice Etico o dalle disposizioni del SGRA in generale;
- tipologia e modalità di informazioni da trasmettere all'Organismo di Vigilanza;
- eventuale gestione di un Budget e, in generale, modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire la commissione dei reati e che faccia riferimento a deleghe, procure, facoltà, responsabilità ed alle risultanze dall'Analisi dei Rischi;

- catene di controllo (Controllori e controllati);
- obiettivi specifici di processo inerenti la mansione;
- eventuale sistema premiante;
- poteri autorizzativi e di rappresentanza (deleghe, procure, facoltà, responsabilità, ecc.).

Come criterio generale, viene attuata, per quanto possibile data la forma societaria e le modalità scelte per la governance, una separazione delle funzioni e segregazione dei ruoli, per la quale in ogni singolo processo aziendale deve essere diversa la figura di chi esegue, valuta e approva. La separazione in oggetto deve comunque essere funzionale ad uno svolgimento efficiente del processo, tenuto conto delle dimensioni e dell'attività dell'organizzazione.

La struttura organizzativa dell'organizzazione, con l'indicazione delle autorità e loro interrelazioni, è rappresentata in modo funzionale e nominativo nell'organigramma aziendale, nella sua revisione più attuale.
Le responsabilità di ogni funzione sono definite nei documenti dei Sistemi di Gestione, oltre che nelle deleghe/procure o eventuali ordini di servizio.

5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa (RSGRA)

Viene individuata all'interno dell'Organizzazione il RSGRA, per identificare le prescrizioni pertinenti al SGRA. Il RSGRA:

- verifica l'esistenza di nuove Direttive, Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari europee, nazionali, regionali, provinciali e comunali, inerenti gli aspetti del SGRA;
- verifica l'emissione di aggiornamenti/modifiche di prescrizioni esistenti;
- tiene conto delle modifiche ai processi, attività, prodotti e servizi, impianti e apparecchiature in relazione a detti requisiti cogenti;
- considera l'introduzione di nuovi processi, attività, servizi, impianti e apparecchiature che comportino adeguamenti a prescrizioni già individuate o adempimenti/obblighi determinati da prescrizioni precedentemente non identificate;
- individua la possibilità di adesione volontaria ad accordi di settore definiti dall'Associazione di categoria; ad accordi di comportamento sottoscritti con la Pubblica Amministrazione ed altri enti che si occupano di questioni attinenti alla formazione, politiche attive e passive del lavoro, telecomunicazioni, ICT, energia, efficienza energetica;
- individua la possibilità di sottoscrizione di eventuali prescrizioni interne.

Nell'attuare quanto sopra esposto R231, direttamente o in outsourcing, può utilizzare dei servizi in abbonamento ad una o più banche dati di rilevanza nazionale e costantemente aggiornate.

RSGRA, periodicamente, effettua una ricognizione delle novità legislative e di prassi in materia, catalogate per argomento, così da poter individuare con estrema facilità le novità attinenti l'attività dell'organizzazione.

Evidenza delle fonti e del suddetto controllo verrà registrata sul Registro Elettronico **"Controllo Novità Legislative"**.

Successivamente all'eventuale individuazione di novità legislative applicabili, R231 aggiornerà la ***"Tabella Reati_Illeciti Presupposto Responsabilità ex Dlgs 231_01 con sanzioni e riferimenti alle fonti"***, provvedendo a verificare la corretta applicazione della legislazione all'interno dell'organizzazione.

La messa a disposizione e diffusione delle informazioni alle funzioni interessate avverrà, a cura dell'Alta Direzione, per mezzo di riunioni informative e, se necessario, distribuzione di copie controllate, il tutto supportato da idonee registrazioni.

RSGRA è responsabile di garantire il costante monitoraggio della conoscenza ed apprendimento, mediante interviste e sessioni di training.

Nel caso l'emissione di nuova legislazione e/o regolamentazione, ovvero cambiamenti nell'asseto strutturale o nell'organizzazione della Società, richiedano la predisposizione di atti amministrativi, denunce, comunicazioni a pubbliche autorità, aggiornamenti al SGRA, il RSGRA:

- individua le azioni e le risorse per l'approntamento di tutto il necessario al fine di garantire il rispetto dei termini temporali e il mantenimento dello stato di conformità dell'Organizzazione a tali prescrizioni;
- sottopone tempestivamente le esigenze all'AD, responsabile dell'adozione delle azioni necessarie.

5.3.3 Deleghe nel processo decisionale

Laddove l'alta direzione ritenga di delegare al personale l'autorità di assumere decisioni in relazione a situazioni in cui sussista un rischio-reato e rischio di corruzione superiore al livello basso, l'organizzazione introdurrà e manterrà attivo un processo decisionale o una serie di controlli che richieda che il processo decisionale e il livello di autorità dei decisori siano adeguati e privi di conflitti di interesse effettivi o potenziali. L'alta direzione garantisce che tali processi siano sottoposti a verifica periodica in quanto facenti parte del proprio ruolo e della propria responsabilità per l'attuazione e l'osservanza del sistema di gestione della responsabilità amministrativa.

5.3.4 Organismo di Vigilanza

Organismo di Vigilanza (OdV)

L'Alta Direzione ha istituito un Organismo di Vigilanza ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/01, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, cui ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del SGRA e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.

5.3.4.1 Requisiti e poteri dell'OdV

L'Organismo di Vigilanza e Controllo:

a) è dotato dei requisisti di autonomia e indipendenza;
b) possiede adeguata professionalità, anche in materia di organizzazione aziendale e di audit;
c) è stato dotato di risorse adeguate, incluso un budget senza limiti predefiniti per richiedere tutte le spese necessarie per assolvere alle proprie funzioni;
d) possiede continuità di azione;
e) può colloquiare alla pari con i vertici dell'organizzazione (senza vincoli di subordinazione gerarchica che possano condizionare l'autonomia di giudizio);
f) può richiedere ed acquisire informazioni da e verso ogni livello e settore dell'organizzazione;
g) ha potere di accertamento dei comportamenti e può proporre all'Alta Direzione eventuali sanzioni a carico dei soggetti che non hanno rispettato le prescrizioni contenute nel modello organizzativo;
h) è destinatario di flussi informativi obbligatori;
i) può pianificare e condurre l'attività di audit sul SGRA.

È garantita l'assenza di:

i) relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il secondo grado con componenti dell'Alta Direzione, sindaci e revisori incaricati dalla società di revisione, nonché soggetti apicali dell'organizzazione;

ii) titolarità, diretta o indiretta, di partecipazioni di entità tale da permettere di esercitare una influenza dominante o notevole sull'organizzazione, ai sensi dell'art. 2359 c.c.;
iii) funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso l'organizzazione;
iv) rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'OdV;
v) sentenza di condanna passata in giudicato, per i delitti richiamati dal DLgs 231/2001 e s.m.i., o delitti ad essi assimilabili;
vi) condanna, con sentenza anche non passata in giudicato, ovvero con provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

5.3.4.2 Compiti dell'OdV

Le attività che l'Organismo è chiamato ad assolvere, anche sulla base delle indicazioni contenute negli artt. 6 e 7 del D. Lgs. n. 231/2001, possono così schematizzarsi:

1. vigilanza sull'effettività del modello, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il modello istituito;
2. disamina in merito all'adeguatezza del modello, ossia della sua reale (e non meramente formale) capacità di prevenire, in linea di massima, i comportamenti non voluti;
3. analisi circa il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del modello;
4. cura del necessario aggiornamento in senso dinamico del modello, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti. Tale cura, di norma, si realizza in due momenti distinti ed integrati:
    a. presentazione di proposte di adeguamento del modello verso gli organi/funzioni aziendali in grado di dare loro concreta attuazione nel tessuto aziendale. A seconda della tipologia e della portata degli interventi, le proposte saranno dirette verso le varie funzioni o, in taluni casi di particolare rilevanza, verso il l'Alta Direzione, secondo quanto stabilito nello Statuto di cui al punto 5.5.2.3;
    b. follow-up, ossia verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.

Le modalità operative per l'attuazione di quanto sopra sono riportate in uno "Statuto dell'OdV", approvato dall'Alta Direzione.

5.3.4.3 Statuto e Regolamento dell'OdV

L'Alta Direzione ha approvato uno Statuto dell'Organismo di Vigilanza che, oltre a prevedere le modalità attuative di quanto sopra definito, prevede:

a) la durata in carica dell'OdV e le regole relative alla eventuale rieleggibilità, oltre che le ipotesi tassative di revoca;
b) l'enunciazione dei criteri che hanno formato la scelta dell'OdV (in particolare, l'evidenza del possesso dei requisiti di professionalità, onorabilità ed indipendenza);
c) la previsione di predisposizione e trasmissione all'organo dirigente di una relazione sull'attività svolta;
d) in relazione all' impiego di risorse da parte dell'OdV: il ricorso a funzioni interne dell'organizzazione, nonché a consulenti esterni;
e) in relazione alla potenziale situazione di conflitto di interessi con l'organizzazione, in cui possa trovarsi un membro dell'OdV, la comunicazione all'Alta Direzione e ad eventuali altri organi di controllo della situazione di potenziale o attuale conflitto di interessi, con riferimento ad una operazione a rischio o categoria di operazioni a rischio.

6 Pianificazione

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

L'alta direzione assicura che:
a) la pianificazione del SGRA sia condotta in modo da considerare i fattori di cui al punto 4.1 e i requisiti di cui al punto 4.2 e da determinare i rischi e le opportunità necessari per conseguire gli obiettivi del SGRA stesso;
b) l'integrità del SGRA sia mantenuta quando sono pianificate ed attuate modifiche all'organizzazione ed al sistema stesso.

L'organizzazione per mezzo della Direzione, coadiuvata da RSGRA, ha stabilito, implementato, documentato e mantiene aggiornata l'**Analisi Qualitativa dei Rischi**, altrimenti conosciuta come "Parte Speciale" del Modello, che si allega e forma parte integrante del presente SGRA (con la ivi richiamata Mappatura dei Rischi per Processi), per l'identificazione puntuale/continua dei pericoli, per la valutazione del rischio e per l'identificazione delle necessarie misure di controllo.

Le procedure per l'identificazione del pericolo e la valutazione del rischio e opportunità hanno preso in considerazione:

a) le attività ordinarie e straordinarie;
b) le attività di processo che hanno influenza sul SGRA (inclusi processi riguardanti terzi esterni);
c) comportamenti umani, capacità ed altri fattori umani;
d) i pericoli identificati che si sono originati esternamente all'organizzazione, con il potenziale di provocare condizioni di pericolo per l'attuazione del SGRA;
e) pericoli potenzialmente generabili da parte di attività di eventuali organizzazioni correlate sotto il controllo dell'organizzazione;
f) infrastrutture, impianti e materiali del luogo di lavoro, sia dell'organizzazione sia di terzi, inclusi i cantieri;
g) cambiamenti o proposte di cambiamento nell'organizzazione;
h) incidenti e/o violazioni gravi del Modello o near misses di rilevante entità;
i) modifiche nel SGRA, inclusi cambiamenti temporanei, ed i loro impatti nelle operazioni, processi ed attività;
j) la legislazione vigente e qualsiasi obbligo legale correlato alla valutazione dei rischi ed all'implementazione delle necessarie misure di controllo;
k) la progettazione dei processi, delle procedure operative e dell'organizzazione del lavoro, incluso il loro adattamento alle capacità di ogni singola risorsa;
l) eventuali procedimenti giudiziari che dovessero coinvolgere l'Alta Direzione o persone afferenti l'organizzazione in genere.

La metodica dell'identificazione del pericolo e della valutazione del rischio dell'organizzazione:

a) è definita nel rispetto del fine, della natura e della tempistica, per assicurare che sia preventiva piuttosto che reattiva; e

b) provvede all'identificazione, indicazione delle priorità ed alla redazione della documentazione relativa ai rischi e all'applicazione di appropriati controlli.

L'organizzazione ha documentato e conserva aggiornata l'Analisi dei Rischi con i risultati dell'identificazione dei pericoli, della valutazione dei rischi e dei controlli stabiliti.

L'organizzazione assicura che i rischi e le misure di controllo siano prese in considerazione nel momento in cui vada a stabilire, implementare e mantenere il suo stesso SGRA.

Le azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono proporzionate all'impatto potenziale sulla conformità di servizi.

Gestione del cambiamento

La "Gestione del cambiamento" prevede che ogni cambiamento introdotto nella legislazione, nell'organizzazione, nel suo SGRA, nelle sue attività, sia preventivamente valutato in ordine ai requisiti del presente documento, prevedendo la ri-effettuazione dell'Analisi dei Rischi.

La "Gestione del cambiamento" sarà certamente attivata in occasione di:

- introduzione e/o modifiche tecnologiche, incluso software, attrezzature, pratiche di lavoro e standard in genere;
- introduzione di significativi cambiamenti nella struttura organizzativa e/o nell'utilizzo di fornitori;
- introduzione di nuovi dispositivi legislativi e/o altri requisiti prescrittivi;
- incidenti o near misses rilevanti;
- verificarsi di gravi violazioni del SGRA;
- risultanze di investigazioni su violazioni del SGRA.

Il processo di "Gestione del cambiamento" valuterà se saranno introdotti nuovi rischi, o modificati quelli esistenti, ad un livello accettabile, mediante le seguenti considerazioni:

- Sono stati introdotti nuovi rischi?
- Sono stati modificati rischi esistenti anche in aree/processi diversi da quelli direttamente interessati dal cambiamento?
- È successo qualche incidente che ha mostrato lacune nella precedente versione dell'Analisi dei Rischi?
- Quali sono i rischi attuali?
- I nuovi rischi hanno influenza sulle attuali procedure di controllo?
- Se sì, sono stati valutati i nuovi necessari controlli, anche per quanto attiene la loro sostenibilità tecnica ed economica a breve-lungo termine?

Una volta determinati i controlli, o le considerazioni sui cambiamenti ai controlli in essere, si deve inoltre considerare la seguente gerarchia di intervento per ridurre i rischi:

a) eliminazione;
b) sostituzione;
c) misure tecnologiche;
d) controlli procedurali.

Dovrà essere resa disponibile l'evidenza delle suddette valutazioni, mediante un "Riesame" straordinario da parte della Direzione.

La responsabilità delle suddette attività è della Direzione, coadiuvata da RSGRA e dalle altre funzioni di Risk Management e di Internal Auditing, col supporto dell'OdV.

Verifica di conformità

RSGRA, col supporto delle funzioni di internal auditing, utilizzando gli strumenti di cui sopra, verifica con cadenza semestrale lo stato di conformità dell'Azienda alle prescrizioni applicabili.

Identificato lo stato di conformità, al presentarsi delle situazioni esposte nella tabella che segue, RSGRA informa AD della situazione riscontrata, e provvede ad attuare le azioni indicate.

Tabella delle azioni		
Funzioni	**Stato**	**Azioni**
RSGRA	C= Conformità	RSGRA verifica la corretta archiviazione delle prescrizioni e controlla eventuali scadenze.
RSGRA	Ra= Ritardo Amministrativo	RSGRA verifica tutta la documentazione che attesta l'espletamento delle pratiche amministrative e controlla le attività dell'autorità competente, provvedendo ad effettuare eventuali solleciti.
RSGRA	IP= In via di Predisposizione	RSGRA controlla e affretta il corretto espletamento degli adempimenti richiesti entro i termini richiesti.
RSGRA AD	NC= Non Conforme	RSGRA redige un Verbale di Non Conformità comunicando quanto riscontrato a AD. AD e RSGRA pianificano gli interventi correttivi individuando responsabilità e termini dell'attuazione.

6.2 Obiettivi per la prevenzione dei reati e pianificazione per il loro raggiungimento

L'alta direzione assicura che, ai pertinenti livelli e funzioni nell'ambito dell'organizzazione, siano stabiliti obiettivi di processo ragionevolmente raggiungibili, compresi quelli necessari per soddisfare i requisiti del SGRA, relativi alle funzioni, ai livelli e ai processi pertinenti. Gli obiettivi devono essere misurabili, ragionevoli, pertinenti alla conformità dei servizi e all'aumento della soddisfazione del cliente, monitorati, comunicati, aggiornati, raggiungibili e coerenti con il Codice Etico e la politica per la qualità, nonché tenere in considerazione i requisiti applicabili e con le reali possibilità dell'organizzazione

Annualmente, in occasione dei Riesami dei Sistemi di Gestione adottati, oltre che in corrispondenza di attivazione del processo di "Gestione del cambiamento", l'organizzazione verificagli obiettivi (ove possibile misurabili) relativi al SGRA e, se necessario, ne stabilisce di nuovi, definendo dei traguardi che si intendono raggiungere per il miglioramento dei requisiti del SGRA.

Nell'individuazione degli opportuni obiettivi si farà riferimento ai seguenti input:

- Politica per la Responsabilità Amministrativa,
- quanto emerso dal processo di Analisi del Rischio,
- le prescrizioni legali e/o regolamentari applicabili;
- le varie opzioni tecnologiche disponibili, con particolare riguardo alle ultime innovazioni,
- i requisiti finanziari, operativi e commerciali;
- commenti di lavoratori e altre parti interessate,
- i risultati della riunione periodica prevista ai sensi dell'art. 35 del Dlgs 81/08,
- l'analisi dei risultati e delle performance relativi ad obiettivi precedentemente stabiliti,
- registrazioni di eventuali passate non conformità ed anomalie in genere,
- risultati degli Audits e dei Riesami precedenti.

Gli obiettivi sono portati a conoscenza del personale che possa avere funzioni per il loro raggiungimento, mediante sessioni di training e diffusione cartacea o elettronica, per le informazioni a carattere non riservato.

Ove gli obiettivi siano di entità tale da prevedere il coinvolgimento di più risorse umane e materiali, essi sono sviluppati, se necessario, attraverso un documento nel quale si rappresentano gli obiettivi da raggiungere e si stabilisce:

- il conferimento di autorità e responsabilità per il raggiungimento degli stessi obiettivi,
- i mezzi ed i tempi entro cui gli obiettivi devono essere raggiunti.

Gli obiettivi sono stabiliti da RSGRA, in collaborazione con i responsabili dell'area interessati, ed approvato dalla Direzione aziendale.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Una volta determinata l'esigenza di modifiche allo SGRA, l'organizzazione le effettuerà in modo pianificato, considerando le finalità delle modifiche e le loro potenziali conseguenze, l'integrità del sistema di gestione per la qualità e per la prevenzione della corruzione, la disponibilità di risorse e l'allocazione o la riallocazione delle responsabilità e autorità.

7 Supporto

7.1 Risorse

L'organizzazione ha determinato e fornisce le risorse necessarie per:

a) attuare e mantenere il SGRA e migliorarne in continuo l'efficacia;
b) garantire lo svolgimento delle attività dell'OdV;

7.1.1 Generalità

Il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA è professionalmente competente sulla base di istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriati (es. vedi mansionari/job description/ordini di servizio/procedure per le risorse interne e procedure di qualifica dei fornitori per quelle esterne).

L'organizzazione ha determinato e fornito le risorse necessarie per l'istituzione, attuazione, il mantenimento e il miglioramento continuo del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa. Ha inoltre considerato:

a) le capacità delle risorse delle risorse esistenti al proprio interno e i vincoli che gravano su di esse;
b) che cosa ottenere dai fornitori esterni.

7.1.2 Persone

L'organizzazione ha determinato e reso disponibile il personale necessario per l'efficace attuazione del proprio sistema di gestione per la responsabilità amministrativa e per il funzionamento e il controllo dei suoi processi.

L'Organizzazione, in generale, individua e stabilisce al proprio interno le risorse di mezzi necessari e di personale addestrato per le attività e le verifiche.

7.1.3 Infrastruttura

L'organizzazione ha determinato, fornisce e mantiene le infrastrutture necessarie per il funzionamento dei suoi processi e per conseguire la conformità ai requisiti del SGRA. Le infrastrutture comprendono, per quanto applicabile:

a) edifici, spazi di lavoro e servizi connessi;
b) apparecchiature di processo, compresi hardware e software;
c) servizi di supporto (quali sistemi di comunicazione o informativi; per il dettaglio dei canali di comunicazione, si rimanda ai mansionari ed alle specifiche di processo).

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

L'organizzazione gestisce gli ambienti di lavoro in maniera tale da conseguire la conformità ai requisiti del presente SGRA ed a quelli di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08 e del DM 13/02/2014. Ha inoltre conseguito le certificazioni ISO 9001, i cui documenti, che sono documenti a revisione indipendente, formano parte integrante del SGRA.

7.1.5 Risorse Finanziarie

L'organizzazione ha stabilito le modalità di gestione delle risorse finanziarie in coerenza con i poteri conferiti e tenendo in considerazione quanto emerso dall'Analisi dei Rischi.

In generale, comunque, l'Organizzazione adotta procedure di gestione delle risorse finanziarie che si basano sui seguenti principi:

1. tracciabilità dei flussi finanziari, da intendersi come possibilità di ricostruire ex post con esattezza il percorso decisionale e formale del flusso dal punto di partenza (chi ha pagato) al punto di arrivo (chi è stato pagato, con quale mezzo di pagamento, come e dove è stato prelevato);
2. imputazione di pagamento, cioè l'individuazione esatta del titolo giustificativo del flusso di pagamento;
3. la documentazione dei flussi finanziari prevede la registrazione di:
    a. forma del pagamento (es. contante, bonifico, ecc…);
    b. contenuto del pagamento (identificazione del soggetto che ha disposto il flusso, da quale disponibilità ha attinto, beneficiario del flusso, causale);
4. soggetti obbligati ad archiviare la documentazione dei flussi.

Non sono consentiti pagamenti o flussi finanziari in genere al di fuori dei protocolli di comportamento previsti da dall'Organizzazione, intendo tali eventualità come "elusioni fraudolente del Modello 231" e come tali applicabili delle sanzioni per le violazioni gravissime del Modello, di cui Sistema Disciplinare.

7.1.6 Conoscenza organizzativa

L'organizzazione ha determinato la conoscenza necessaria per il funzionamento dei propri processi e per conseguire la conformità di servizi. Tale conoscenza è mantenuta e messa a disposizione, nella misura necessaria. Nell'affrontare le esigenze e tendenze di cambiamento, l'organizzazione ha considerato la propria conoscenza attuale e determinato come acquisire o accedere ad ogni necessaria conoscenza aggiuntiva e aggiornamenti richiesti.

7.2 Competenza

7.2.1 Generalità

L'organizzazione:

a) ha determinato la competenza necessaria per il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA (vedi mansionari per le risorse interne e procedure di qualifica dei fornitori per quelle esterne);
b) ove necessario, fornisce formazione-addestramento o intraprende altre azioni per acquisire la necessaria competenza;
c) valuta l'efficacia delle azioni intraprese;
d) assicura che il proprio personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi del SGRA; a tal scopo, oltre che con le procedure di valutazione dell'efficacia della formazione, tale consapevolezza la si può dedurre dalle attività di audit periodico;

e) conserva appropriate informazioni documentate (vedere punto 7.5) quale evidenza dell'istruzione, della formazione-addestramento, delle abilità e dell'esperienza.

7.2.2 Processo di assunzione

In relazione a tutto il personale, l'organizzazione attua delle procedure per cui:

a) le condizioni di impiego richiedano che il personale rispetti il Codice etico, fornendo all'organizzazione il diritto di punire i membri del personale in caso di violazione;
b) entro un periodo ragionevole dall'assunzione, il personale riceva una copia del Codice etico e del presente Manuale o gliene venga fornito accesso, e riceva la formazione relativa a tale politica;
c) l'organizzazione disponga di procedure disciplinari che permettano di intraprendere misure disciplinari appropriate nei confronti del personale che violino il Codice etico, il presente manuale e le procedure che ne formano parte integrante;
d) il personale riceva adeguata informazione in merito alla possibilità di segnalare condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 o altre violazioni del codice etico;
e) i membri del personale non subiscano ritorsioni, discriminazioni o misure disciplinari per aver espresso sospetti o aver effettuato segnalazioni in buona fede, di atti di corruzione tentati, effettivi o presunti (vedi punto 8.9 Segnalazione di sospetti - Whistleblowing).

7.3 Consapevolezza e formazione

L'organizzazione:

a) ha determinato la competenza necessaria per il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA (vedi mansionari per le risorse interne e procedure di qualifica dei fornitori per quelle esterne);
b) ove applicabile, fornisce formazione-addestramento o intraprende altre azioni per acquisire la necessaria competenza (si rimanda alle procedure del SGQ);
c) valuta l'efficacia delle azioni intraprese (si rimanda alle procedure del SGQ);
d) assicura che il proprio personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi del SGRA; a tal scopo, oltre che con le procedure di valutazione dell'efficacia della formazione, tale consapevolezza la si può dedurre dalle attività di audit periodico);
e) mantiene appropriate informazioni documentate (vedere punto 7.5) dell'istruzione, della formazione-addestramento, delle abilità e dell'esperienza (vedi SGQ).

7.4 Comunicazione

L'alta direzione, anche sulla base delle indicazioni dell'OdV, ha stabilito e documentato appropriati processi di comunicazione per:

a) assicurare le comunicazioni interne, sia di andata che di ritorno, tra i differenti livelli e le diverse funzioni dell'organizzazione relativamente alle informazioni riguardanti aspetti del SGRA, al fine di agevolare la comprensione della criticità di alcune operazioni motivando pertanto il personale addetto; a questo scopo, gli strumenti utilizzati sono:
    a. Emails;

b. Comunicazioni Organizzative e Ordini di Servizio;
c. Riunioni informative;
d. Sistema Intranet.

b) ricevere, registrare, rispondere alle richieste e segnalazioni relativi ai requisiti del SGRA, provenienti dalle parti interessate esterne all'organizzazione; a questo scopo è stata istituita specifica Procedura, ai sensi di quanto indicato nel paragrafo 8.9.
c) definire come l'organizzazione comunica ai propri fornitori, ai consulenti e ad ogni terza parte interessata, le modalità di gestione degli aspetti del SGRA giudicati significativi e pertinenti e come registra ogni decisione in merito; a questo scopo, l'organizzazione ha riveduto i propri schemi contrattuali, richiedendo alle terze parti che condividano e sottoscrivano, i requisiti del Codice Etico.
d) definire come l'organizzazione gestisce i flussi di comunicazione da e verso l'esterno, con particolare riguardo alla Pubblica Amministrazione. Per quanto riguarda le comunicazioni da e verso la PA, oltre alla registrazione di cui sopra, si applicano le regole stabilite negli appositi Protocolli citati nell'Analisi Qualitativa dei Rischi.

I requisiti del SGRA sono comunicati e resi obbligatori a tutti i livelli dell'organizzazione, nonché, quando previsto, anche per le figure esterne all'organizzazione, quali collaboratori esterni, clienti, fornitori ed ogni altra parte interessata ed influente ai fini dalla corretta ed efficace applicazione del SGRA.

Ognuno delle figure sopraccitate deve segnalare, con modalità stabilite dai relativi mansionari (o altri documenti, per le figure esterne all'organizzazione) se riscontra anomalie o atipicità nello svolgimento nelle normali attività, con particolare riguardo a quelle che configurano comportamenti difformi dal Codice Etico o dalle disposizioni del SGRA in generale, seguendo le indicazioni del paragrafo 8.9.

Il mancato rispetto dell'obbligo di segnalazione delle violazioni costituisce grave inadempimento del Sistema Disciplinare più avanti descritto.

L'organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attive procedure per la partecipazione dei soggetti interni all'organizzazione attraverso:

a) il corretto coinvolgimento nell'identificazione dei pericoli, nella valutazione dei rischi e nella definizione dei controlli;
b) il corretto coinvolgimento nelle indagini su violazioni del SGRA, incidenti e su procedimenti disciplinari; per le modalità del suddetto coinvolgimento, si rimanda al Sistema Disciplinare.
c) il coinvolgimento nella messa a punto e nella revisione delle politiche ed egli obiettivi del SGRA; a tal scopo, in occasione dei riesami periodici del SGRA, si inviteranno i dirigenti ed i responsabili di funzione.
d) la consultazione dove ci siano cambiamenti che influiscano sul SGRA; in tal caso, si raccoglierà il parere preventivo dei responsabili di funzione.

L'organizzazione assicura la consultazione delle pertinenti parti interessate esterne quando appropriato nell'ambito del SGRA. Le modalità di consultazione sono stabilite di volta in volta.

7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV

L'obbligo di informazione all'Organismo di Vigilanza è un ulteriore strumento per agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del Modello e di accertamento a posteriori delle cause che hanno reso possibile il verificarsi del reato.

Le informazioni suddette sono stabilite nell'ambito dei vari processi e mansioni, oltre le ulteriori indicate dallo Statuto di cui al punto 5.3.4.2 e riguardano:

a) le risultanze periodiche delle attività (soprattutto quelle ad alto rischio), inclusa quelle di controllo, poste in essere per dare attuazione ai modelli (report riepilogativi dell'attività svolta, attività di monitoraggio, indici consuntivi, ecc.);
b) le anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili (un fatto non rilevante se singolarmente considerato, potrebbe assumere diversa valutazione in presenza di ripetitività o estensione dell'area di accadimento);
c) qualsiasi altra informazione rilevante ai fini dell'esercizio dei poteri spettanti all'Organismo di Vigilanza.

Si rimanda al ***"Piano dei flussi informativi verso l'OdV"*** per il dettaglio degli stessi flussi, inclusi i processi di riferimento, i mittenti dei flussi e la periodicità di invio.

Ogni flusso verso l'OdV dovrà essere registrato nel **"Registro – Controllo Flussi OdV"**.

7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari

L'OdV deve effettuare una riunione con l'Alta Direzione e/o eventuali Soggetti Revisori con cadenza almeno annuale e, comunque, ogni qual volta se ne presenti la necessità e/o l'opportunità.

Delle riunioni sopraccitate devono redigersi appositi verbali, conservati a cura dell'OdV.

Dai suddetti verbali devono risultare:
- i nomi dei presenti;
- l'ordine del giorno e le sue eventuali integrazioni;
- per ogni argomento trattato, le dichiarazioni a verbale ove richieste;
- la delibera adottata.

I verbali devono essere sottoscritti dagli intervenuti.

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

I documenti richiesti dal SGRA sono tenuti sotto controllo.
Sono state stabilite le modalità in base alle quali si sviluppa il sistema di gestione della documentazione comprendendo sia quanto redatto ed emesso dall'organizzazione stessa, sia quanto ricevuto dall'esterno.
Il suddetto sistema è inteso ad assicurare la disponibilità della documentazione ed il suo continuativo aggiornamento laddove si svolgono attività definite attraverso la documentazione medesima.

7.5.2 Creazione ed aggiornamento

La presenza della documentazione nei luoghi ove necessario, la sua completezza e organicità, l'aggiornamento sistematico, l'interpretabilità oggettiva, sono i mezzi fondamentali con cui si garantisce la rispondenza delle attività relativamente alla sua conformità al SGRA.
Sulla eventuale documentazione in formato cartaceo verranno apposte le firme del personale che ha:

- Redatto
- Verificato e/o Approvato il documento stesso.

La fase di redazione consiste nella concezione del documento sulla base dei dati di ingresso ricevuti tenendo conto dei diversi aspetti legati al tipo di documento ed al personale che lo dovrà utilizzare.
Le firme e/o indicazioni di verifica e/o approvazione attestano che tutte le attività necessarie sono state eseguite ed il loro esito è stato positivo.

Controllo delle informazioni documentate

Le informazioni documentate sono predisposte per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del SGRA e sono tenute sotto controllo.

Revisione

E' stato previsto un indice di revisione che indica lo stato dei documenti in modo da impedire l'utilizzo di documenti superati. L'indice di revisione, quindi, consente di distinguere tra loro documenti di pari codifica che hanno subito nel tempo modifiche di contenuto.
Sono predisposti degli elenchi che, in qualsiasi momento assicurano l'identificazione delle versioni applicabili dei documenti e che essi siano disponibili nei luoghi di utilizzo.
Nel caso in cui fosse necessario conservare edizioni superate di documenti, questi verranno adeguatamente identificati ed archiviati.

Distribuzione

La distribuzione dei documenti all'interno ed all'esterno dell'organizzazione avviene in modo controllato o non, ed è curata dalle funzioni competenti indicate nell'Elenco dei documenti e registrazioni del SGRA.

Sarà cura di chi li detiene assicurare che i documenti, sia cartacei che elettronici, siano sempre ben conservati, leggibili, identificabili ed idonei all'uso.

Modifiche ai documenti

Ove non impossibile, le modifiche apportate alla documentazione vengono effettuate dalle stesse funzioni interessate che hanno effettuato la prima redazione, verifica e la conseguente approvazione, documentando il perché e la natura della modifica apportata.

Documenti di origine esterna

I documenti di origine esterna sono identificati e la loro distribuzione è controllata secondo le modalità sopra indicate.

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

Le informazioni documentate sono predisposte per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del SGRA e sono tenute sotto controllo.

E' importante sottolineare come all'interno dell'organizzazione esistano informazioni documentate cartacee (o similmente tangibili) ed elettroniche.

Ciascuna di esse è gestita nell'ambito del SGQ.

Le informazioni documentate devono rimanere leggibili, facilmente identificabili e reperibili.

Per quanto non specifico, vale quanto sopra riportato a proposito dei documenti.

8 Attività operative

8.1 Pianificazione e controllo operativi

L'organizzazione pianifica e sviluppa i processi e le relative attività necessari per soddisfare i requisiti per l'erogazione di servizi (vedere 4.4). La sopraccitata pianificazione è coerente con i requisiti del SGRA.

L'organizzazione ha, quindi, individuato le operazioni ed attività che sono associate con l'identificazione dei pericoli per i quali è necessario applicare le misure di controllo per governare i rischi. Ciò comprende la gestione dei cambiamenti.

Per queste operazioni ed attività, l'organizzazione implementa e mantiene attive:

a) controlli operativi, nella misura applicabile all'organizzazione ed alle sue attività; a tal scopo ha predisposto delle procedure o delle check-list per ogni processo ritenuto sensibile ai fini del SGRA (oltre quanto già predisposto in seno ai vari Sistemi di Gestione adottai e in seno al DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);
b) procedure documentate e criteri operativi, per governare le situazioni in cui l'assenza di queste potrebbe portare difformità rispetto alla politica e agli obiettivi del SGRA (vedi le Procedure dei Sistemi di Gestione e il DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);

Per far questo, nella mappatura e nell'analisi del flusso di processo sono individuati per ogni processo e per ogni sua fase e/o attività, i seguenti elementi:

a) Responsabilità: chi è il Responsabile del Processo e quali sono le figure coinvolte, ai vari livelli di responsabilità, nelle singole attività di processo;
b) Elementi di Input: su quali dati, informazioni, eventi o documenti si basano le singole attività di Processo; da dove provengono (intra o extra processo) e chi deve riceverli;
c) Risorse impegnate: quali risorse, umane, tecniche, organizzative, logistiche, sono utilizzate per lo svolgimento delle singole attività;
d) Elementi di Output: quali dati, informazioni, eventi o documenti producono in Output le singole attività Processo, con l'indicazione della destinazione (intra o extra processo);
e) Eventuali "best-practice" o "warnings" relativi a comportamenti particolari da evitare;
f) Tipologia e modalità di informazioni da trasmettere all'Organismo di Vigilanza di cui all'art.6, comma 1. Lett. b) del Decreto (vedi 5.3.4)
g) Controlli da effettuare in corrispondenza di alcune delle attività di processo;
h) Specifica dei dati da rilevare in corrispondenza di determinate attività, incluse le modalità di rilevazione ed eventuali valori di soglia (risultati attesi) per l'attivazione delle fasi successive e/o derivanti;
i) Indicatori di performance del processo e relativi obiettivi.

Gli elementi in uscita da questa pianificazione, incluse le informazioni documentate (vedere punto 7.5.3) necessarie a fornire evidenza che i processi di realizzazione soddisfino i requisiti, sono in una forma adeguata al modo di operare dell'organizzazione.

8.1.1 Definizione dei requisiti contrattuali con i clienti

L'organizzazione assicura che il prodotto (inteso anche come servizio) approvvigionato sia conforme ai requisiti di approvvigionamento specificati nel SGQ. Il tipo e l'estensione del controllo applicato sul fornitore (inteso anche

come collaboratore, consulente e/o partner) e sul prodotto approvvigionato dipendono dall'effetto del prodotto approvvigionato sulla corretta attuazione del SGRA.

La comunicazione con i clienti comprende:

a) la fornitura di informazioni relative al servizio e/o consulenza;
b) la gestione delle richieste, contratti o ordini, comprese le modifiche;
c) l'ottenimento, dal cliente, di informazioni di ritorno relative ai servizi, compresi i reclami del cliente stesso;
d) la gestione o la tenuta sotto controllo della proprietà del cliente;
e) la definizione di specifici requisiti per le azioni di emergenza, quando pertinente.

A tal fine, l'organizzazione ha definito le attività che, a partire dalla richiesta di un cliente, conducono alla presentazione da parte dell'organizzazione di un'offerta tecnica (progetto iniziale) ed economica coerente con le esigenze del cliente, e alla formulazione, da parte del cliente, di un ordine conforme all'offerta.
Poiché l'obiettivo dell'organizzazione è fare in modo che il cliente sia soddisfatto, è necessario, innanzitutto, individuare con precisione le sue esigenze.
Il riesame del contratto garantisce, dunque, che:

- Le esigenze del cliente siano chiaramente identificate, documentate e rese disponibili alle funzioni competenti;
- Eventuali scostamenti tra offerta e ordine/contratto siano risolti;
- L'organizzazione abbia la capacità di soddisfare quanto definito contrattualmente.

L'organizzazione verifica che i requisiti dei servizi siano stati soddisfatti. L'erogazione di servizi al cliente non deve essere effettuato prima che quanto pianificato sia stato completato in modo soddisfacente, salvo diversa approvazione da parte di un'autorità competente e, ove applicabile, del cliente.

L'organizzazione conserva informazioni documentate circa i servizi erogati. Tali informazioni comprendono:

a) l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione (es. Verbali di consegna cartacei oppure via consegne via PEC);
b) la riferibilità alla persona autorizzata al rilascio.

8.1.2 Gestione dei fornitori

L'organizzazione valuta e seleziona i fornitori in base alla loro capacità di fornire un prodotto conforme ai requisiti del SGRA. Sono stati stabiliti i criteri per la selezione, la valutazione e la ri-valutazione dei fornitori, inclusi, ove appropriati, i controlli circa l'affidabilità tecnico-finanziaria e l'eventuale inclusione nelle liste internazionali dei soggetti legati, direttamente ed indirettamente, al terrorismo e/o alla malavita organizzata. Sono mantenute informazioni documentate (vedere punto 7.5) dei risultati delle valutazioni e delle eventuali azioni necessarie risultanti dalla valutazione.

Inoltre, dove necessario, viene svolta opportuna due diligence per ottenere informazioni sufficienti per valutare l'affidabilità del fornitore.
L'Organizzazione valuta la natura e l'entità del rischio di corruzione in rapporto alle transazioni, ai progetti, alle attività, ai soci in affari e ai collaboratori esterni.

L'organizzazione assicura che i processi e servizi forniti dall'esterno (vedere punto 7.5) siano conformi ai requisiti e determina i controlli da attuare sui processi, servizi forniti dall'esterno, quando:

- servizi di fornitori esterni sono destinati ad essere incorporati nei servizi dell'organizzazione;
- servizi sono forniti direttamente al cliente da fornitori esterni, per conto dell'organizzazione;

- un processo, o una sua parte, viene fornito da un fornitore esterno, quale esito di una decisione dell'organizzazione.

8.2 Due diligence

Per quanto riguarda il rischio di corruzione, laddove si sia valutato un rischio superiore al livello basso in relazione:

a) alle categorie specifiche di transazioni, progetti o attività;
b) alle relazioni in previsione o in corso con categorie specifiche di soci in affari;
c) alle categorie specifiche di personale in determinate posizione

l'Organizzazione si riserva di valutare la natura e l'entità del rischio di corruzione tramite opportune attività di Due Diligence.

8.3 Controlli finanziari

L'organizzazione effettua i controlli finanziari per gestire debitamente le proprie transazioni finanziarie e per registrare tali transazioni in modo accurato, completo e puntuale. I controlli finanziari attuati dall'organizzazione comprendono, per quanto applicabile:

a) l'attuazione di una separazione di compiti, in modo che un pagamento non possa essere avviato e approvato dalla stessa persona;
b) l'attuazione di livelli gerarchici appropriati di autorità per l'approvazione di un pagamento (in modo che le transazioni più consistenti richiedano l'approvazione di un più alto livello di management);
c) la verifica che la nomina del beneficiario e il lavoro o i servizi effettuati siano stati approvati dai meccanismi di approvazione pertinenti dell'organizzazione;
d) la richiesta di almeno due firme sulle approvazioni di pagamento;
e) la richiesta della documentazione di supporto appropriata in allegato alle approvazioni di pagamento;
f) la restrizione dell'uso del contante e l'attuazione di metodi efficaci di controllo del contante;
g) la richiesta che le classificazioni e le descrizioni dei pagamenti nei conti siano accurate e chiare;
h) l'attuazione del riesame gestionale periodico delle transazioni finanziarie significative;
i) l'attuazione degli audit finanziari periodici e indipendenti e l'avvicendamento, a cadenze regolari, della persona o dell'organizzazione che esegue l'audit.

8.4 Controlli non finanziari

L'organizzazione effettua controlli non finanziari per gestire, in modo particolare, il rischio di corruzione anche attraverso le procedure per la qualifica e monitoraggio dei fornitori e la gestione e controllo di acquisti di beni e servizi.
L'organizzazione attua procedure che richiedano che tutte le organizzazioni su cui detiene il controllo applichi i loro controlli per la prevenzione dei reati.

Inoltre, l'Organizzazione pretende dai soci in affari di mettere in atto i controlli per la prevenzione dei reati in riferimento alla transazione, al progetto e all'attività pertinente.

8.4.1 Generalità

L'organizzazione ha determinato ed applicato i criteri per la valutazione, selezione e monitoraggio delle prestazioni e per la ri-valutazione dei fornitori esterni, sulla base della:

a) storicità col fornitore;
b) capacità del fornitore;
c) economicità del fornitore

e ne conserva informazioni documentate di tutte le attività e di ogni necessaria azione che scaturisce dalle valutazioni.

8.4.2 Tipo ed estensione del controllo

L'organizzazione assicura che i processi e servizi forniti dall'esterno non influenzano negativamente la capacità dell'organizzazione di rilasciare con regolarità, ai propri clienti, servizi conformi, assicurandosi che i processi forniti dall'esterno rimangano sotto il controllo del proprio SGQ, definendo i controlli da applicare al fornitore esterno ed agli output risultanti, tenendo in considerazione l'impatto potenziale dei processi e servizi forniti dall'esterno sulla capacità dell'organizzazione di soddisfare con regolarità i requisiti del cliente, determinando le verifiche o altre attività, necessarie ad assicurare che i processi e servizi forniti dall'esterno soddisfino i requisiti.

8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

L'organizzazione assicura l'adeguatezza dei requisiti specificati prima della loro comunicazione al fornitore esterno, relativi ai processi e servizi da fornire, l'approvazione di servizi, di metodi, processi e apparecchiature, del rilascio di servizi, la competenza ed eventuali qualifiche delle persone, le interazioni fra il fornitore esterno e l'organizzazione, il controllo e monitoraggio da applicare sulle prestazioni del fornitore esterno da parte dell'organizzazione, le attività di verifica o di validazione del fornitore esterno.

8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione dei reati da parte di organizzazioni controllate e soci in affari

L'organizzazione attua procedure che richiedano che tutte le altre organizzazioni su cui detiene il controllo condividano i requisiti del presente sistema di gestione per la responsabilità amministrativa o applichino i loro controlli per la prevenzione dei reati.
Anche al di là dei soci in affari sottoposti a controllo, l'organizzazione qualora per qualsivoglia socio in affari sia stato identificato un rischio-reato superiore al livello basso, mette in atto i controlli per la prevenzione dei reati che gestiscono i relativi rischi-reati.

8.6 Impegni per la prevenzione dei reati

Nei confronti dei soci in affari che pongono un rischio-reato superiore al livello basso, l'organizzazione attuerà le procedure che prevedano:

a) che i soci in affari si impegnino a prevenire i reati da parte del socio in affari, per suo conto o a suo vantaggio in relazione alla transazione, al progetto, all'attività o alla relazione pertinente;
b) che l'organizzazione sia in grado di cessare il rapporto con il socio in affari in caso di reati commessi da parte del socio in affari, per suo conto o a suo vantaggio in relazione alla transazione, al progetto, all'attività o alla relazione pertinente.

8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili

L'organizzazione vieta l'offerta, la fornitura o l'accettazione di regali, ospitalità, donazioni e benefici simili laddove tale offerta, fornitura o accettazione, rappresenti un reato o possa essere ragionevolmente percepito come induzione alla commissione di reati.

Tutti i regali, ospitalità, donazioni e benefici simili saranno registrati, così da permetterne la completa tracciabilità.

8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione

L'organizzazione assicura che gli output non conformi ai requisiti siano identificati e tenuti sotto controllo, in modo da prevenirne l'utilizzo o la consegna involontari. Inoltre, intraprende azioni appropriate in base alla natura della non conformità e al suo effetto sulla conformità dei servizi. Ciò si applica anche ai servizi riscontrati non conformi, durante o dopo l'erogazione dei servizi, trattandoli tramite correzione, sospensione di erogazione di servizi, informazione al cliente e conservando informazioni documentate che descrivano la non conformità e le azioni adottate.

8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing)

In data 29 dicembre 2017 è entrata in vigore la Legge 30 novembre 2017 n. 179 (cosiddetta del "whistleblowing") che regola le forme di tutela per coloro che segnalano eventuali illeciti o irregolarità nell'ambito dello svolgimento dell'attività lavorativa, sia in ambito pubblico, che privato.
La nuova normativa ha modificato l'art. 6 del D.lgs 231/2001 (introducendo gli artt. 2-bis, 2-ter e 2-quater), disponendo quanto segue:

- I Modelli di organizzazione, gestione e controllo devono prevedere l'attivazione di uno o più canali finalizzati alla trasmissione delle segnalazioni di condotte illecite a tutela dell'integrità dell'ente e in grado di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, oltre istituire almeno un canale alternativo che garantisca la riservatezza con modalità informatiche;
- le segnalazioni di condotte illecite devono essere circostanziate ovvero fondate su elementi di fatto precisi e concordanti;
- i sistemi disciplinari dei Modelli organizzativi devono prevedere sanzioni nei confronti di coloro che riportino informazioni false rese con dolo o colpa, nonché sanzioni verso coloro che violino le misure di tutela del segnalante;
- gli stessi Modelli devono prevedere il divieto di qualsiasi forma di ritorsione o misura discriminatoria nei confronti dei whistleblower nell'ambito del rapporto di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione.

L'organizzazione ha provveduto tempestivamente ad adottare le procedure ritenute più adeguate per l'esercizio delle predette segnalazioni in segno di una precisa volontà e di un serio impegno del vertice dell'organizzazione ad essere promotore della cultura della trasparenza, anche mediante eventi di formazione differenziata per il personale dipendente e per i dirigenti, nell'ottica di diffondere l'importanza delle segnalazioni.
Ai sensi dell'art. 6, comma 2-bis del presente Decreto, per i destinatari del presente Modello 231, oltre al sistema di comunicazione già stabilito nelle precedenti revisioni del presente Modello, è stato previsto di avere a disposizione ulteriori canali di segnalazione al fine di evidenziare condotte illecite, fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, per come indicato in specifica Procedura.
Tali condotte possono riguardare eventuali violazioni rispetto a quanto previsto dal D. Lgs. 231/01 e/o violazioni del Modello, da intendersi non necessariamente come ipotesi di reato, ma anche come condotte difformi rispetto alle procedure e alle policy aziendali o inerenti attività di mala gestio di cui i segnalanti siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte.
A tale riguardo, si precisa, che si identificano quali potenziali segnalanti: (i) Il personale dell'organizzazione, categoria in cui vanno ricompresi tutti i dipendenti, a tempo indeterminato e non, i dirigenti, gli stagisti; (ii) gli amministratori e i membri degli organi sociali; (iii) terze parti non dipendenti, categoria in cui vanno ricompresi collaboratori, consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, soggetti che agiscono per conto dell'organizzazione, quali intermediari ed agenti, terzi fornitori di prodotti o servizi.
Le segnalazioni verranno gestite in linea rispetto a quanto previsto dalle rispettive disposizioni organizzative interne adottate dalla società in materia di Whistleblowing, verso le figure appositamente designate per come indicato nella specifica Procedura.

In particolare, sono istituiti i seguenti canali di trasmissione:
A. mediante invio di una comunicazione a mezzo mail agli indirizzi di posta elettronica indicati nella specifica Procedura;
B. a mezzo del servizio postale all'indirizzo fisico indicato nella specifica Procedura. In questo caso la busta deve essere chiusa e con apposta la dicitura "RISERVATA PERSONALE" alla c.a. della persona indicata nella specifica Procedura;
C. mediante utilizzo di un canale informatico specificatamente dedicato, che garantisce la riservatezza del segnalante e del segnalato attraverso protocolli sicuri e strumenti di crittografia che permettono di proteggere i dati personali e le informazioni, anche quelle comprese negli eventuali allegati. Per maggiori dettagli si rimanda alla specifica Procedura.
L'organizzazione garantisce, indipendentemente dai canali utilizzati, la riservatezza dell'identità del segnalante e del segnalato, nelle more dell'accertamento della sua eventuale responsabilità.
È fatto inoltre divieto di compiere, essere complice o favorire atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. A tal proposito, ai sensi dell'art. 6, comma 2-bis, lettera d), del D. Lgs. 231/01, oltre a quanto disposto nel Sistema Disciplinare, sono previste ulteriori sanzioni "nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rilevano infondate".

8.10 Indagini e gestione delle criticità

Nell'ambito del Sistema Disciplinare (vedi punto 8.11), l'organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attive procedure che:

a) identifichino le situazioni che possano causare una potenziale violazione grave del SGRA, intesa come attività in aperto contrasto con le disposizioni legislative (vedi Analisi Qualitativa dei Rischi);
b) richiedano la valutazione, e se necessario, l'indagine di qualsiasi commissione del reato o violazione del Codice etico, che sia riferito, rilevato o ragionevolmente presunto;
c) richiedano azioni appropriate nel caso in cui l'indagine confermi qualsivoglia commissione del reato o violazione del Codice etico;
d) diano potere e capacità d'azione agli investigatori;
e) richiedano la collaborazione nell'ambito dell'indagine da parte del personale pertinente;
f) richiedano che lo stato e i risultati dell'indagine siano riferiti RSGRA;
g) richiedano che l'indagine sia svolta in maniera riservata e che i risultati di tale indagine siano riservati.

L'organizzazione, quindi, risponde a tali situazioni allo scopo di prevenire o mitigare i relativi impatti negativi sul SGRA.

Durante la pianificazione della risposta alle violazioni gravi l'organizzazione prende in considerazione le necessità delle pertinenti parti interessate.

L'organizzazione periodicamente verifica le proprie procedure per la registrazione, l'indagine, l'analisi delle violazioni gravi e la risposta alle violazioni gravi, dove praticabile, coinvolgendo, dove possibile, le parti interessate, allo scopo di:

a) determinare, ponendo in evidenza, le carenze del SGRA ed altri fattori che abbiano causato o contribuito all'accadimento di violazioni gravi;
b) identificare la necessità o il bisogno di un'azione correttiva;
c) identificare le opportunità per un miglioramento continuo;
d) comunicare i risultati di tali indagini.

L'organizzazione periodicamente riesamina e, allorché necessario, revisiona le procedure di preparazione e risposta alle violazioni gravi, in particolare dopo che si sono verificate le situazioni stesse e dopo le relative indagini.

Le indagini devono essere effettuate tempestivamente.

Ogni necessità di azione correttiva individuata o opportunità di azione preventiva deve essere trattata in accordo con quanto specificato più avanti.

I risultati delle indagini sugli incidenti devono essere documentati e conservati.

8.11 Sistema Disciplinare e meccanismo sanzionatorio

L'organizzazione ha adottato un adeguato Sistema Disciplinare, che costituisce un documento a revisione indipendente, che forma parte integrante del presente SGRA e che prevede un meccanismo sanzionatorio per la violazione delle norme previste dal SGRA nei riguardi di:

a) personale interno;
b) collaboratori esterni;
c) amministratori;
d) dirigenti;
e) soggetti posti in posizioni apicali;
f) fornitori e consulenti;
g) ogni altro soggetto, ritenuto rilevante ai fini delle prestazioni del SGRA.

Simili violazioni ledono infatti il rapporto di fiducia instaurato con l'organizzazione e devono di conseguenza comportare azioni disciplinari, a prescindere dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale nei casi in cui il comportamento costituisca reato.

La valutazione disciplinare dei comportamenti effettuata dal datore di lavoro, salvo, naturalmente, il successivo eventuale controllo del giudice del lavoro, non deve, infatti, necessariamente coincidere con la valutazione del giudice in sede penale, data l'autonomia della violazione del SGRA rispetto alla violazione di legge che comporta la commissione di un reato.

Il datore di lavoro non è tenuto quindi, prima di agire, ad attendere il termine del procedimento penale eventualmente in corso. I principi di tempestività ed immediatezza della sanzione rendono infatti non soltanto non doveroso, ma altresì sconsigliabile ritardare l'irrogazione della sanzione disciplinare in attesa dell'esito del giudizio eventualmente instaurato davanti al giudice penale.

Quanto alla tipologia di sanzioni irrogabili, in via preliminare va precisato che, nel caso di rapporto di lavoro subordinato, qualsiasi provvedimento sanzionatorio rispetta le procedure previste dall'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori e/o da normative speciali, dove applicabili, caratterizzato, oltre che dal principio di tipicità delle violazioni, anche dal principio di tipicità delle sanzioni.

Nel caso di violazioni del SGRA che possano dar luogo a problemi di carattere tecnico-organizzativo è possibile adottare misure, quale l'adibizione del dipendente ad altra area aziendale, purché ciò non comporti un suo demansionamento.

Con riguardo ad un eventuale trasferimento del dipendente (inteso nel senso di spostamento da un'unità produttiva ad altra), esso è ipotizzabile quale provvedimento disciplinare, purché espressamente previsto (sempre

per il principio di tipicità) tra le misure disciplinari stabilite dalla contrattazione collettiva e dai codici disciplinari adottati in attuazione di queste ultime a livello aziendale. In caso contrario esso può essere legittimamente attuato soltanto quando ricorrano le ragioni tecniche, organizzative o produttive previste dall'art. 2103 cod. civ.

Qualora la violazione delle norme del Modello fosse invece posta in essere da un lavoratore autonomo, fornitore o altro soggetto avente rapporti contrattuali con l'impresa, potrà prevedersi, quale sanzione, la risoluzione del contratto. Uno strumento utile a questo scopo è costituito dall'inserimento di clausole risolutive espresse nei contratti di fornitura o collaborazione (agenzia, partnership, appalto, ecc.) che facciano esplicito riferimento al rispetto delle disposizioni del SGRA.

9 Valutazione delle prestazioni

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

L'organizzazione pianifica ed attua i processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento necessari a:

a) dimostrare la conformità ai requisiti del SGRA;
b) assicurare la conformità del SGRA alla legislazione vigente;
c) migliorare in continuo l'efficacia del SGRA.

Inoltre, l'organizzazione valuta le prestazioni e l'efficacia del SGRA e conserva appropriate informazioni documentate quale evidenza dei risultati.

L'organizzazione monitorizza le informazioni relative alla percezione ed al grado di coinvolgimento delle parti interessate sull'importanza e corretta implementazione del SGRA, essendo questa una delle misurazioni delle prestazioni del SGRA stesso.

Per le parti interessate interne all'organizzazione si utilizzano i seguenti metodi:

- ***"Questionari sul Sistema di Controllo Interno"***, nella loro revisione più attuale, per i responsabili di funzione ed i sottoposti, dai quali si ricavano dei dati statistici sulla percezione dei singoli elementi il Sistema di Controllo Interno dell'Organizzazione e sul grado di coinvolgimento dei singoli compilatori;
- Audit interni.

L'organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attive delle procedure per misurare e monitorare regolarmente i risultati dei processi del SGRA. Queste procedure prevedono:

a) misure sia qualitative che quantitative, conformi alla necessità dell'organizzazione;
b) il monitoraggio del livello delle prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi definiti;
c) il monitoraggio dell'efficacia dei controlli;
d) misure preventive che controllino il risultato in conformità ai criteri operativi e ai controlli;
e) misure reattive per delle violazioni gravi e le altre evidenze storiche della carenza della prestazione del SGRA;
f) un numero sufficiente di registrazioni dei dati e dei risultati dei controlli e delle misure per facilitare l'analisi di ulteriori azioni correttive e preventive.

Si rimanda alla "Mappatura dei Processi" per i risultati di tali attività.

9.2 Audit interno

L'organizzazione, tramite il RSGRA e l'OdV (che conduce anche verifiche a sorpresa), con l'eventuale supporto di terze parti specializzate, conducono ad intervalli pianificati audit interni per determinare se il SGRA:

a) è conforme a quanto pianificato (vedere punto 8.1), ai requisiti del presente Schema ed ai requisiti del SGRA stabiliti dall'organizzazione stessa;
b) è efficacemente attuato e mantenuto.

Viene predisposto un "Programma Annuale degli Audit Interni", coordinato con altri Programmi di Auditing predisposti all'interno dell'Organizzazione, che prende in considerazione lo stato e l'importanza dei processi e

delle aree da sottoporre ad audit, così come i risultati di audit precedenti. Sono definiti i criteri, il campo di applicazione, la frequenza ed i metodi dell'audit. La scelta degli auditor e la conduzione degli audit devono assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit. Gli auditor non devono effettuare audit sul proprio lavoro.

9.2.1 Competenza e valutazione degli auditors

Preliminarmente ad ogni audit, la Direzione, con il supporto di RSGRA, decide la composizione del Gruppo di Verifica (GdA) ed individua la figura del Responsabile (RGdA).

In particolare, i RGdA (solo ai fini della verifica del presente SGRA) devono aver partecipato a corsi qualificanti della figura di Auditor 231, ai sensi della norma ISO 17024, da parte di ente accreditato MLA e dimostrare esperienza pregressa di audit 231.Inoltre dovranno avere comprovata esperienza di almeno tre anni nel campo degli audit (anche di prima parte) e dovranno uniformarsi alle modalità della presente procedura, la quale sarà loro inviata in copia controllata, e della norma UNI EN ISO 19011), pur potendo utilizzare la propria modulistica per formalizzare le attività necessarie nell'ambito della gestione delle verifiche ispettive.

Gli altri componenti del team dovranno avere esperienza professionale dimostrabile nei settori che dovranno auditare.

9.2.2 Programmazione degli AI

Gli AI devono essere preparati adeguatamente e con anticipo rispetto alla loro esecuzione dal RGdA e notificate al personale aziendale di cui intende, eventualmente, avvalersi in relazione alle specifiche capacità e all'indipendenza da responsabilità dirette nell'attività da ispezionare.
Pertanto il GdA deve definire i punti e/o gli argomenti oggetto della verifica, rispetto ai quali deve analizzare tutta la documentazione di riferimento e predisporre il "Piano di Audit Interno" (PAI), dotato di indice di revisione e da notificare alla/e funzione/i sottoposta/e a verifica con ragionevole anticipo, almeno 7 giorni, in modo che la stessa possa prepararsi al meglio. Per la registrazione della distribuzione sarà utilizzato apposito spazio del PAI.

9.2.3 Esecuzione degli AI

L'AI, che deve essere condotto secondo i requisiti della norma UNI EN ISO 19011, deve iniziare con una riunione di apertura tra il gruppo di verifica ed i responsabili aziendali per illustrare obiettivi e modalità di esecuzione della verifica stessa.
L'AI deve essere eseguito sulla base dei documenti di riferimento delle attività da verificare e del programma concordato nella riunione di apertura, avendo cura di riscontrare l'evidenza oggettiva della conformità delle attività esaminate, documentando le risultanze attraverso precisi e dettagliati richiami ai riscontri effettuati. Se l'andamento dell'audit lo rende necessario, è possibile estendere l'indagine ad attività e/o ad aspetti non previsti nel programma della verifica stessa. Allo scopo, il gruppo di Audit può anche dividersi per verificare più aspetti contemporaneamente. In tal caso, al responsabile del GdA spetta il compito di coordinare le attività del gruppo di verifica.
L'AI deve terminare con una riunione di chiusura nella quale il responsabile del gruppo di verifica presenta ai responsabili aziendali i rilievi emersi fornendo i dovuti riscontri oggettivi.

9.2.4 Rapporto di Audit interno

A conclusione dell'AI, il gruppo di audit deve redigere il "Rapporto dell'Audit Interno" (RAI), documentando quanto emerso nel corso della verifica stessa.
Il rapporto di audit deve fornire una completa, accurata, concisa e chiara registrazione dell'audit e deve comprendere o far riferimento a quanto segue:

a) gli obiettivi dell'audit;
b) il campo dell'audit, particolarmente l'identificazione delle unità organizzative e funzionali o dei processi sottoposti ad audit ed il periodo di tempo impiegato;
c) l'identificazione del committente dell'audit;
d) l'identificazione del responsabile e dei membri del gruppo di audit;
e) le date e i luoghi dove sono state eseguite le attività di audit sul posto;
f) i criteri dell'audit;
g) le risultanze dell'audit;
h) le conclusioni dell'audit.

In tale rapporto devono essere registrate le non conformità e le osservazioni emerse, i documenti esaminati, i luoghi e/o le aree e l'eventuale personale coinvolto nella verifica stessa. Tuttavia, è opportuno che in tale rapporto siano riportati brevemente anche i rilievi positivi riferiti alle evidenze riscontrate, in modo da consolidare quanto di buono è stato fatto in Azienda. Tale rapporto deve essere consegnato dal responsabile del GdA al RSGRA affinché lo porti all' attenzione dell'Alta Direzione. Successivamente RSGRA lo distribuirà a quanti siano interessati al rapporto stesso, anche non essendo stati direttamente coinvolti nella verifica ispettiva stessa. Le attività successive devono comprendere la verifica delle azioni effettuate ed il rapporto sui risultati della verifica (vedere punto 8.5.2).

9.2.5 Valutazione della conformità legislativa

Coerentemente con il proprio impegno al rispetto delle prescrizioni legali, l'organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attive procedure per la valutazione periodica della conformità delle prescrizioni legali applicabili.

L'organizzazione valuta anche la conformità alle altre prescrizioni che essa sottoscrive (vedi 8.11).

Il responsabile del procedimento di valutazione periodica è RSGRA, col supporto della Direzione e delle funzioni inerenti il risk management, il quale sulla base della pianificazione delle sorveglianze previste si accerta dell'esistenza di nuove prescrizioni e relativi adempimenti obbligatori per l'organizzazione o dell'opportunità di sottoscrivere altre prescrizioni. La Direzione, di concerto con RSGRA e con RSPP, si assicura quindi del mantenimento dello stato di conformità dell'azienda a tali prescrizioni, pianificando eventualmente le azioni e le risorse necessarie a ripristinarla o a raggiungerla.

9.2.6 Richiesta Azioni di Miglioramento

Conseguentemente al rapporto, se sono emerse non conformità rilevanti o potenziali, RSGRA deve richiedere alla Funzione interessata di attuare tempestivamente delle idonee Azioni di Miglioramento. La direzione responsabile dell'area sottoposta ad audit deve assicurare che ogni correzione ed azione correttiva necessarie per eliminare le non conformità rilevate e le loro cause vengano effettuate senza indebito ritardo.

9.2.7 Audit interni non programmati

Qualora si determinino condizioni tali da eseguire Audit non programmati, questi devono essere gestiti da RSGRA secondo le stesse modalità previste per quelli programmati. In tal caso, tempestivamente, la Direzione, con il supporto di RSGRA, deve individuare il responsabile dell'Audit e, in relazione alle effettive disponibilità, concordare con tutti gli interessati la data nella quale eseguire l'Audit stesso. Stabilita tale data, il responsabile dell'audit deve predisporre e notificare alla persona interessata il relativo PAI. Sono da considerarsi audit interni non programmati anche quelli che si rendono necessari per la verifica delle azioni correttive e preventive intraprese.
Se per motivi di urgenza non è possibile anticipare alla persona interessata il relativo piano, questo deve essere consegnato, discusso e concordato in occasione dell'apertura dell'Audit stesso.

Modalità e frequenza delle suddette valutazioni sono stabilite nell' allegato elettronico "Controllo novità legislative".

L'organizzazione conserva le registrazioni dei risultati delle valutazioni periodiche.

La frequenza della valutazione periodica può variare in funzione delle differenti prescrizioni legali.

9.3 Riesame di direzione

9.3.1 Generalità

L'alta direzione, annualmente, riesamina il SGRA, per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Questo riesame comprende la valutazione delle opportunità di miglioramento e dell'esigenza di modifiche al SGRA, compresi la Politica e gli obiettivi di processo. Sono mantenute registrazioni (vedere punto 4.2.4) dei riesami di direzione.

9.3.2 Riesame da parte dell'alta direzione

L'alta direzione sottopone periodicamente a riesame il sistema di gestione di responsabilità amministrativa dell'organizzazione, per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

Input al riesame della direzione

Gli elementi in ingresso per il riesame di direzione devono comprendere informazioni riguardanti:

a) l'eventuale commissione di un reato;
b) le risultanze di audit precedenti condotti sia dall'OdV che da soggetti esterni indipendenti;
c) l'analisi dei rischi nella sua revisione più aggiornata ed in quella immediatamente precedente e l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità (vedere punto 6.1);
d) le relazioni, periodiche e non, dell'Organismo di Vigilanza;
e) modifiche della normativa vigente;
f) informazioni circa anomalie o atipicità riscontrate a tutti i livelli nello svolgimento nelle normali attività, con particolare riguardo a quelle che configurano comportamenti difformi dal Codice Etico o dalle disposizioni del SGRA in generale;
g) l'adeguatezza delle risorse;
h) eventuali segnalazioni da terze parti esterne;
i) eventuali incidenti o near misses di rilevante entità;
j) indicatori di prestazioni dei processi;
k) stato delle azioni correttive;
l) azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
m) modifiche che potrebbero avere effetti sul SGRA;

n) raccomandazioni per il miglioramento.

9.3.3 Output del riesame della direzione

Gli elementi in uscita dal riesame di direzione devono comprendere ogni decisione ed azione relative:

a) al miglioramento dell'efficacia del SGRA;
b) al miglioramento ed aggiornamento dei relativi processi in relazione ai requisiti del SGRA, con particolare riguardo all'Analisi dei Rischi di cui al punto 6.1.1;
c) alle esigenze di risorse.

Il riesame viene conservato come evidenza dei risultati dei riesami dell'alta direzione.

9.4 Riesame da parte di RSGRA (o eventuale Compliance Function)

Il RSGRA o eventuale funzione di conformità per la prevenzione della corruzione (Compliance Function) valuta in modo continuativo se il sistema di gestione della responsabilità amministrativa:

a) è adeguato per gestire efficacemente i rischi-reato a cui è sottoposta l'organizzazione;
b) è attuato in modo efficace.

Il RSGRA o eventuale Compliance Function riferisce nel corso del Riesame della Direzione all'alta direzione circa l'adeguatezza e l'attuazione del sistema di gestione della responsabilità amministrativa, ivi compresi i risultati delle indagini e degli audit.

9.5 Relazione annuale dell'OdV

L'organismo di vigilanza redige annualmente una relazione nella quale illustra l'andamento dei flussi informativi e le risultanze degli eventuali audit condotti direttamente o commissionati a terzi. Tale relazione viene presentata all'Alta Direzione.

10 Miglioramento

10.1 Generalità

L'organizzazione ha determinato e selezionato opportunità di miglioramento e attua ogni azione necessaria per soddisfare i requisiti del cliente e accrescerne la soddisfazione.

Queste comprendono:

a) il miglioramento di servizi, per soddisfare i requisiti, così come per affrontare le esigenze e le aspettative future;
b) la correzione, la prevenzione o la riduzione degli effetti indesiderati;
c) il miglioramento delle prestazioni e dell'efficacia del SGRA.

10.2 Non Conformità e Azioni correttive

Salvo quanto previsto per le segnalazioni, se un dipendente o un collaboratore rileva una non conformità di qualsiasi tipo, il primo riferimento è il superiore di riferimento, che può mettere in atto misure correttive e che deve riportare la segnalazione al RSGRA, il quale a sua volta relazionerà, con i tempi idonei, all'OdV.

È, tuttavia, facoltà di dipendenti e collaboratori, qualora sorgano motivi di conflitto o qualora il superiore di riferimento non si attivi tempestivamente, richiedere chiarimenti interpretativi, o effettuare segnalazioni di violazione, direttamente al RSGRA e/o all'OdV.

Per altri stakeholders, il riferimento per chiarimenti e segnalazioni è il RSGRA o, qualora sorgano motivi di conflitto, direttamente l'OdV.

I recapiti per i contatti (indirizzi, e-mail e telefoni) sono resi noti o aggiornati con appositi comunicati aziendali.

RSGRA, col supporto dell'OdV, compila il "Registro delle NC" (RNC), indicando l'origine della NC, l'area interessata, la classifica della NC ed indica se serve adottare azioni atte ad eliminare le NC rilevate.

Il "Registro delle NC" è un foglio elettronico (ad accesso limitato solo a RSGRA ed all'OdV) per la registrazione di tutte le NC e per il monitoraggio delle attività di trattamento. Grazie ad esso sarà, inoltre, possibile effettuare analisi statistiche sui dati raccolti e la valutazione dei costi, palesi e non, sostenuti dall'organizzazione per la risoluzione delle anomalie. Il Registro ha validità annuale.

Se necessita un'Azione di Miglioramento (Correttiva/Preventiva), sarà gestita secondo le indicazioni dello specifico paragrafo della presente sezione.

L'indicazione di RSGRA, in caso di grave anomalia, sarà verificata dall'OdV ed approvata da AD.

Sarà inoltre stabilito, ove non impossibile, l'arco temporale in cui si dovrà espletare il trattamento della NC.

In attesa di decisione, un eventuale prodotto/servizio/attività/ambiente di lavoro non conforme verrà messo "in disuso" e segregato (o interdetto all'uso) ed identificato chiaramente.

Il prodotto/servizio/attività/ambiente di lavoro non conforme, successivamente al trattamento della NC, verrà sottoposto a ricontrollo, il cui esito sarà registrato nel RNC.

Se negativo RSGRA formulerà un'ulteriore proposta di risoluzione, dietro verifica dell'OdV ed approvazione di AD, nel caso in cui l'anomalia sia grave.

Il prodotto/servizio/attività/ambiente di lavoro tornerà così nuovamente "in uso".

Le azioni correttive sono le azioni intraprese per eliminare cause di esistenti non conformità (comprese quelle rappresentate da eventuali segnalazioni esterne), esiti negativi dei controlli, oltre che ogni situazione indesiderabile rilevata, al fine di prevenirne il ripetersi.

Le azioni correttive sono avviate da RSGRA che individua la funzione e/o l'operatore pertinente per l'analisi della causa, a cominciare dal riesame delle non conformità riscontrate. Si verifica l'ipotesi di causa e si individuano le azioni correttive da intraprendere. Qualora la funzione e/o l'operatore non sia il diretto esecutore dell'azione correttiva individuata RSGRA si accerta che:

- L'esecutore abbia piena conoscenza dei contenuti, delle modalità, delle tempistiche dell'intervento;
- Che il contesto sia idoneo a recepire con efficacia l'intervento.

L'azione correttiva comporta una pianificazione di attività, responsabilità e tempi, oltre che una valutazione preventiva degli impatti che avrà sugli altri processi aziendali. Le azioni da intraprendere ed i relativi tempi di attuazione sono registrati nel "Registro delle Azioni di Miglioramento" (RAM).

Il Registro delle Azioni di Miglioramento" (RAM) è un foglio elettronico (ad accesso limitato solo a RSGRA e all'OdV) per la registrazione di tutte le AC e per il monitoraggio delle attività di trattamento. Grazie ad esso sarà, inoltre, possibile effettuare analisi statistiche sui dati raccolti e la valutazione dei costi, palesi e non, sostenuti dall'organizzazione per la risoluzione delle AC. Il Registro ha validità annuale.

Le Azioni Correttive intraprese devono essere di livello appropriato all'importanza dei problemi e commisurate ai rischi relativi.

10.2.1 Verifica di Efficacia delle Azioni Correttive

Alla data programmata, RSGRA effettua la verifica dell'efficacia delle azioni correttive, registrando i dati oggettivi circa la reale efficacia dell'azione correttiva nel suddetto RAM.

10.2.2 Riesame delle Azioni Correttive

Alla data programmata, viene effettuato un riesame delle azioni correttive attuate, per valutare l'impatto della loro attuazione sugli altri processi aziendali.

10.3 Miglioramento continuo

L'organizzazione migliora in continuo l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del SGRA, utilizzando la Politica, il Codice Etico, gli obiettivi, i risultati degli audit, l'analisi dei dati, le azioni correttive ed il riesame di direzione.

In particolare Azioni Correttive scaturiscono principalmente da rilievi di origine interna o esterna.

Rilievi interni:

- non conformità (inclusi incidenti e near misses);
- audit interni;
- attività di riesame;

- attività ricorrenti;
- attività di monitoraggio e misurazione;
- analisi dei dati.

Rilievi esterni:

- segnalazioni degli stakeholders;
- segnalazioni delle Autorità;
- monitoraggio della soddisfazione dell'utente;
- audit effettuati da enti esterni all'azienda.

Tabella di Correlazione con i requisiti di altri standard

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2018 - Sistema di Gestione della Qualità	Conforme a Sistema di Gestione Anti-Corruzione
1 Scopo e campo di applicazione	1 Scopo e campo di applicazione	1 Scopo e campo di applicazione
2 Riferimenti normativi	2 Riferimenti normativi	2 Riferimenti normativi
2.1 Generalità		
2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto		
3 Termini e definizioni	3 Termini e definizioni	3 Termini e definizioni
4 Contesto dell'organizzazione	4 Contesto dell'organizzazione	4 Contesto dell'organizzazione
4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto
4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate
4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa	4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità	4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
4.4 Sistema di gestione per responsabilità amministrativa e relativi processi	4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi	4.4 Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
4.5 Valutazione del rischio-reato		4.5 Valutazione del rischio di corruzione
5 Leadership	5 Leadership	5 Leadership
5.1 Leadership e impegno	5.1 Leadership e impegno	5.1 Leadership e impegno
5.1.1 Organo direttivo	5.1.1 Generalità	5.1.1 Organo direttivo
5.1.2 Alta direzione	5.1.2 Focalizzazione sul cliente	5.1.2 Alta direzione
5.2 Codice Etico e Politica per la responsabilità amministrativa	5.2 Politica	5.2 Politica per la prevenzione della corruzione
	5.2.1 Stabilire la politica per la qualità	
	5.2.2 Comunicare la politica per la qualità	
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione
5.3.1 Ruoli e responsabilità		5.3.1 Ruoli e responsabilità
5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa		5.3.2 Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione
5.3.3 Deleghe nel processo decisionale		5.3.3 Deleghe nel processo decisionale
5.3.4 Organismo di Vigilanza		
5.3.4.1 Requisiti e poteri dell'OdV		
5.3.4.2 Compiti dell'OdV		
5.3.4.3 Statuto e Regolamento dell'OdV		
6 Pianificazione	6 Pianificazione	6 Pianificazione
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
6.2 Obiettivi per la prevenzione dei reati e pianificazione per il loro raggiungimento	6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento	6.2 Obiettivi per la prevenzione della corruzione e pianificazione per il loro raggiungimento
6.3 Pianificazione delle modifiche	6.3 Pianificazione delle modifiche	

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2018 - Sistema di Gestione della Qualità	Conforme a Sistema di Gestione Anti-Corruzione
7 Supporto	7 Supporto	7 Supporto
7.1 Risorse	7.1 Risorse	7.1 Risorse
7.1.1 Generalità	7.1.1 Generalità	
7.1.2 Persone	7.1.2 Persone	
7.1.3 Infrastruttura	7.1.3 Infrastruttura	
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	
7.1.5 Risorse finanziarie	7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione	
	7.1.5.1 Generalità	
	7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni	
7.1.6 Conoscenza organizzativa	7.1.6 Conoscenza organizzativa	
7.2 Competenza	7.2 Competenza	7.2 Competenza
7.2.1 Generalità		7.2.1 Generalità
7.2.2 Processo di assunzione		7.2.2 Processo di assunzione
7.3 Consapevolezza e formazione	7.3 Consapevolezza	7.3 Consapevolezza e formazione
7.4 Comunicazione	7.4 Comunicazione	7.4 Comunicazione
7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV		
7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari		
7.5 Informazioni documentate	7.5 Informazioni documentate	7.5 Informazioni documentate
7.5.1 Generalità	7.5.1 Generalità	7.5.1 Generalità
7.5.2 Creazione ed aggiornamento	7.5.2 Creazione ed aggiornamento	7.5.2 Creazione ed aggiornamento
7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	7.5.3 Controllo delle informazioni documentate
8 Attività operative	8 Attività operative	8 Attività operative
8.1 Pianificazione e controllo operativi	8.1 Pianificazione e controllo operativi	8.1 Pianificazione e controllo operativi
8.1.1 Definizione dei requisiti contrattuali con i clienti		
8.1.2 Gestione dei fornitori		
8.2 Due Diligence	8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi	8.2 Due Diligence
	8.2.1 Comunicazione con il cliente	
	8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	
	8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	
	8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi	
8.3 Controlli finanziari	8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi	8.3 Controlli finanziari
	8.3.1 Generalità	
	8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo	
	8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo	
	8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	
	8.3.5 Output della progettazione e sviluppo	

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2018 - Sistema di Gestione della Qualità	Conforme a Sistema di Gestione Anti-Corruzione
	8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo	
8.4 Controlli non finanziari	8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno	8.4 Controlli non finanziari
	8.4.1 Generalità	
	8.4.2 Tipo ed estensione del controllo	
	8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni	
8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione dei reati da parte di organizzazioni controllate e soci in affari	8.5 Produzione e erogazione dei servizi	8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione della corruzione da parte di organizzazioni controllate e soci in affari
	8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi	
	8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	
	8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni	
	8.5.4 Preservazione	
	8.5.5 Attività post-consegna	
	8.5.6 Controllo delle modifiche	
8.6 Impegni per la prevenzione dei reati	8.6 Rilascio di prodotti e servizi	8.6 Impegni per la prevenzione della corruzione
8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili	8.7 Controllo degli output non conformi	8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili
8.7.1 Altri protocolli per l'attuazione delle decisioni dell'organizzazione		
8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione dei reati		8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione
8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing)		8.9 Segnalazione di sospetti
8.10 Indagini e gestione delle criticità		8.10 Indagini e gestione della corruzione
8.11 Sistema disciplinare e meccanismi sanzionatori		
9 Valutazione delle prestazioni	9 Valutazione delle prestazioni	9 Valutazione delle prestazioni
9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
	9.1.1 Generalità	
	9.1.2 Soddisfazione del cliente	
	9.1.3 Analisi e valutazione	
9.2 Audit interno	9.2 Audit interno	9.2 Audit interno
9.3 Riesame di direzione	9.3 Riesame di direzione	9.3 Riesame di direzione
9.3.1 Riesame da parte dell'alta direzione	9.3.1 Generalità	9.3.1 Riesame da parte dell'alta direzione
9.3.2 Riesame da parte dell'organo direttivo	9.3.2 Input al riesame della direzione	9.3.2 Riesame da parte dell'organo direttivo
	9.3.3 Output del riesame della direzione	
9.4 Riesame da parte della Compliance Function		9.4 Riesame da parte della funzione di conformità per la prevenzione della corruzione
9.5 Relazione annuale dell'OdV		
10 Miglioramento	10 Miglioramento	10 Miglioramento
	10.1 Generalità	
10.1 Non conformità e azione correttiva	10.2 Non conformità e azioni correttive	10.1 Non conformità e azione correttiva
10.2 Miglioramento continuo	10.3 Miglioramento continuo	10.2 Miglioramento continuo