Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa

valido come
Modello di Organizzazione,
Gestione e Controllo
ex D.lgs. n. 231/01
ed ex art. 30 D.lgs. n. 81/08
(parte generale)

coordinabile con il
Sistema integrato di Gestione Qualità, Sicurezza Ambiente
e con il Sistema di Gestione per la prevenzione della corruzione
UNI ISO 37001:2016

Indice

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche

Rev.	Data	Descrizione delle principali modifiche	Motivo delle modifiche
00	26/07/2024	Prima emissione	Prima emissione
01	16/02/2026	Estensione del perimetro oggettivo in tema di whistleblowing	Emissione del decreto legislativo 30 dicembre 2025, n. 211, attuativo della Direttiva (UE) 2024/1226

Matrice indicante lo stato di revisione delle sezioni del Manuale

	Indice di Revisione										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sezioni Manuale											
Sezione 0	26/07/24	16/02/26									
Sezioni 1-2-3	26/07/24										
Sezione 4	26/07/24										
Sezione 5	26/07/24										
Sezione 6	26/07/24										
Sezione 7	26/07/24										
Sezione 8	26/07/24	16/02/26									
Sezione 9	26/07/24										
Sezione 10	26/07/24										

Premessa

Il presente documento è stato realizzato sulla base dei principi dettati dal D.Lgs. 231/01 ed anche compatibilmente con le norme ISO 37001:2016 e ISO 37301:2021 (per permetterne un eventuale coordinamento e/o integrazione con i sistemi di gestione ISO adottati dall'organizzazione, realizzati ai sensi dell'ANNEX L e dell'Harmonised Structure), nella forma di un "Manuale del Sistema di Gestione della Compliance" (Compliance Management System - CMS/modello 231) (si veda la Tabella di correlazione in testata ad ogni pagina).

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.**

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 "penali" 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 (modifiche normative, apertura di nuove sedi, ampliamento di attività, acquisizioni, riorganizzazioni, ecc.) o nelle previsioni legislative.

Lo scopo del presente documento, quindi, è quello di descrivere il Sistema di Gestione della Responsabilità amministrativa di LEVRATTI s.r.l. (nel prosieguo Levratti), che costituisca anche adozione ed efficace attuazione

del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 e sia correlato ai Sistemi di Gestione adottati dall'organizzazione.

Cuore di un Modello 231, 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, integrabile con eventuali altri sistema si Gestione ISO adottati.

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 Modello 231 coordinabile con i Sistemi di Gestione adottati dall'azienda***.

Essendo ogni organizzazione dotata di caratteristiche proprie, il presente, pur facendo riferimento alle varie Linee Guida di riferimento, 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 Modello 231 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).

I destinatari sono pertanto individuati nei dipendenti dell'organizzazione e, quindi, sia al personale dirigente che svolge funzioni di rappresentanza, di amministrazione, di direzione e controllo, sia a tutti i lavoratori sottoposti a qualsiasi titolo alla direzione o alla vigilanza dei medesimi dirigenti.

Il presente modello è, altresì, indirizzato a quanti operano su mandato o per conto della LEVRATTI, nonché a coloro i quali, pur non essendo funzionalmente legati alla Società, agiscono sotto la direzione e vigilanza dei vertici aziendali.
Sono ulteriormente tenuti al rispetto delle norme interne e dei valori etici della Società i consulenti, i collaboratori ed i fornitori ed in generale tutti coloro che intrattengono, con l'Azienda in oggetto, rapporti commerciali e/o finanziari di qualsiasi natura.

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:

- Leadership;
- Partecipazione attiva delle persone;
- Focalizzazione sull'analisi dei rischi reato;
- Approccio per processi;
- Miglioramento;
- Processo decisionale basato sulle evidenze;
- 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 CMS/Modello 231.

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 D.lgs. n. 231/01), può essere denominata "approccio per processi".

Un vantaggio dell'approccio per processi è che esso consente di tenere sotto continuo controllo[1] la connessione tra i singoli processi, nell'ambito del sistema di processi, così come la loro combinazione ed interazione (per maggiori informazioni, si veda la norma UNI EN ISO 9001).

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 Manuale:

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.

[1] 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.

0.4 Integrazione e coordinamento con altri Sistemi di Gestione

Il presente Manuale coordinabile con il Sistema di Gestione Qualità (ISO 9001), è stato realizzato con l'intento di favorire altresì il coordinamento e l'integrabilità con altri sistemi di gestione quali sistemi di Gestione Ambientale (es. ISO 14001), di Prevenzione della corruzione (ISO 37001), di Sicurezza e Salute sui luoghi di Lavoro (es. ISO 45001 – ex OHSAS 45001) e di Responsabilità Sociale (es. SA 8000).

Per questo motivo, la struttura del presente segue, per quanto possibile, quella degli standard summenzionati (si veda la Tabella di correlazione in testa ad ogni pagina).

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

Levratti s.r.l. è una Società fortemente radicata sul territorio che da 40 anni lavora per Enel e si occupa principalmente di:

- Progettazione e costruzione di linee elettriche in media e bassa tensione, interrate e aeree.
- Installazione di cabine secondarie per la distribuzione di energia elettrica in media e bassa tensione e lavori su gruppi di misura elettrici, con e senza presenza di tensione.
- Sostituzione massiva dei gruppi di misura (CE), lavori in presenza di tensione BT. Progettazione, realizzazione e manutenzione di reti di telecomunicazioni e trasmissione dati.
- Connessioni alla rete elettrica di impianti da fonti rinnovabili per auto produttori (Fotovoltaico, Biomasse, Idroelettrico, ecc...).

La Società è inserita nell'Albo Imprese Qualificate dell'Enel per l'esecuzione di appalti relativi a lavori su impianti in media e bassa tensione; tale qualifica, il cui conseguimento risulta limitato solo a soggetti di accertata affidabilità tecnica ed economica, rende Levratti idonea ad essere interpellata alle gare di approvvigionamento indette dalle Società dell'Enel.

La Società è amministrata da un Consiglio di Amministrazione, composto da cinque membri, nominati dall'Assemblea ordinaria dei Soci, in carica a tempo indeterminato; non è sottoposta al controllo del Collegio Sindacale, né di società di revisione.

Levratti è impegnata nella crescita sostenibile e i servizi erogati ai committenti sono caratterizzati per la loro qualità, efficienza ed affidabilità. Ha una costante attenzione alle aspettative dei clienti, attento monitoraggio alle nuove opportunità tecnologiche, piani di sostenibilità ambientali, innovazione dei processi aziendali e continui programmi di formazione che la portano a lavorare con soddisfazione e professionalità in quasi tutte le regioni d'Italia.

Ragione sociale: Levratti SrL
Capitale sociale: Euro 26.000,00
Sede legale: via 2 Giugno n. 83 - 41037 Mirandola (MO)
Partita I.V.A.: 00994250363
REA MO - 197565
Sito web: http://www.impresalevratti.it
PEC: levrattisrl@legalmail.it

2 Riferimenti normativi

2.1 Generalità

I documenti richiamati di seguito sono indispensabili per l'applicazione del presente Modello 231. 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 Sistemi di Gestione per la Qualità;
- ISO 9000:2015 Quality management systems - Fundamentals and vocabulary;
- UNI ISO 37001:2016 Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione – Requisiti e guida all'utilizzo;
- UNI ISO 45001 Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro;
- UNI ISO 14001 Sistemi di gestione Ambientale;
- SA8000 Sistema di gestione della responsabilità sociale;
- UNI ISO 37301:2021 "Compliance Management System"
- 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 irregolarità 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)
- Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (UE) 2016/679;
- Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 – "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché' alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)";
- D.lgs.n. 24/2023 "Attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23.10.2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali";
- Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne. Approvate con Delibera n°311 del 12 luglio 2023;

- "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;
- 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 ***"Tabella Reati_Illeciti Presupposto Responsabilità ex Dlgs 231_01 con sanzioni e riferimenti alle fonti"***, nella sua revisione più attuale, complementare al presente Manuale, 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: CdA
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.
Codice Etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti dei soggetti terzi interessati quali dipendenti, Clienti, Fornitori, ecc. e finalizzati

Termine	Definizione
	a promuovere, raccomandare o vietare determinati comportamenti al di là e indipendentemente da quanto previsto a livello normativo.
Modello 231	Modello di Organizzazione, gestione e controllo
Conflitto di interessi	Situazione, reale, potenziale o apparente, 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

Termine	Definizione
	associata o meno, pubblica o privata, che abbia una propria struttura funzionale e amministrativa. Nel caso specifico, "**Levratti SrL".**
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.
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.
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
SGQ	Acronimo che identifica il Sistema di gestione per la qualità
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.

Termine	Definizione
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

Levratti s.r.l. è una Società fortemente radicata sul territorio che da 40 anni lavora soprattutto per Enel e si occupa principalmente di:

- Progettazione e costruzione di linee elettriche in media e bassa tensione, interrate e aeree.
- Installazione di cabine secondarie per la distribuzione di energia elettrica in media e bassa tensione e lavori su gruppi di misura elettrici, con e senza presenza di tensione.
- Sostituzione massiva dei gruppi di misura (CE), lavori in presenza di tensione BT.
- Progettazione, realizzazione e manutenzione di reti di telecomunicazioni e trasmissione dati.
- Connessioni alla rete elettrica di impianti da fonti rinnovabili per autoproduttori (Fotovoltaico, Biomasse, Idroelettrico, ecc…).

L'Impresa Levratti opera principalmente nel Nord Italia, in Emila Romagna, Lombardia e Veneto. Forte di una squadra di circa 100 addetti, tra personale operativo, tecnici, progettisti e personale indiretto, è in possesso delle certificazioni e delle qualifiche ottenute da **E-Distribuzione** ed **Open Fiber**.
Ho inoltre ottenuto numerose certificazioni ISO quali:

- Certificazione ISO 9001:2015 Sistema di Gestione della Qualità
- Certificazione ISO 14001:2015 Sistema di Gestione Ambientale
- Certificazione ISO 14064:2019 Emissioni di gas ad effetto serra (GHG)
- Certificazione ISO 45001:2018 Sistema di Gestione per la Sicurezza del lavoro e della
- Certificazione ISO 50001:2018 Sistemi di Gestione dell'Energia
- Certificazione ISO 37001:2016 Sistema di Gestione Anticorruzione

nonché:

- Registrazione EMAS
- DICHIARAZIONE AMBIENTALE 2022 - ai sensi del Regolamento (CE) n. 1221/2009 e s.m
- SA8000:2014 – Responsabilità Sociale d'Impresa
- Attestazione di qualificazione alla esecuzione di lavori pubblici (ai sensi del D.P.R. 207/2010) – Categoria OG10 Classifica VIII – Categoria OS19 Classifica VIII

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate (Stakeholder)

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.

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

Le variabili considerate dall'organizzazione ai fini dell'identificazione degli stakeholder rilevanti per il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

1. **Responsabilità:** soggetti verso i quali l'organizzazione ha – o potrebbe avere – responsabilità legali, finanziarie e operative formalizzate in regolamentazioni, contratti, politiche aziendali o codici di condotta;
2. **Influenza:** soggetti che sono – o in futuro potrebbero essere – in grado di influenzare la capacità dell'organizzazione nel raggiungere gli obiettivi sia in termini "informali" che "formali" nel senso di titolarità di potere decisionale all'interno dell'organizzazione stessa;
3. **Prossimità/vicinanza:** soggetti con i quali l'organizzazione interagisce maggiormente, inclusi gli stakeholder interni, quelli con cui instaurare relazioni durevoli, coloro da cui dipende l'azienda per la sua operatività quotidiana;
4. **Dipendenza:** soggetti che dipendono direttamente dall'organizzazione, quali dipendenti e famiglie, clienti e/o fornitori;
5. **Rappresentanza:** soggetti a cui per ragioni di legge o di cultura/tradizioni è dato il compito di rappresentare altri individui, ad esempio rappresentanza sindacali o delle associazioni di categoria, consiglieri ecc.

Le parti interessate rilevanti si possono così riassumere:

- I Clienti stessi, che oltre ad essere i destinatari finali dello sforzo collettivo aziendale, costituiscono anche parte rilevante in quanto proprio gli input di ritorno dalla clientela consentono di avviare una serie di processi decisionali per l'erogazione del servizio;
- I dipendenti interni e i consulenti esterni mediante i quali è possibile erogare tutti i servizi in conformità delle norme cogenti e degli obiettivi qualità attesi;
- Gli enti locali (Comune, Provincia, ecc.) in quanto le scelte di gestione del territorio hanno diretta influenza sulla qualità del servizio offerto dalla Società; pertanto, la costante interlocuzione è di fondamentale importanza.

4.3 Scopo e campo dell'applicazione del Modello 231 e relativi processi

L'Organizzazione ha stabilito, documentato, attuato e mantiene attivo il presente CMS/Modello 231 coordinato con il Sistema di Gestione Integrato 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 8.11) idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Sistema di Gestione per la prevenzione dei Reati;
   f) 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;
   g) 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;
   h) 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 presente Modello e di curarne l'aggiornamento.

In particolare, l'organizzazione ha:

- Stabilito la sequenza e l'interazione tra i processi;
- 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:

  - Rapporti istituzionali
  - Rapporti con enti previdenziali e assistenziali
  - Rapporti con enti pubblici o incaricati di pubblico servizio per adempimenti in materia di gestione e smaltimento dei rifiuti e sicurezza sul lavoro
  - Gestione delle visite ispettive
  - Gestione concessione di contributi, sovvenzioni o finanziamenti
  - Concessioni/licenze amministrative/autorizzazioni/accreditamenti
  - Partecipazione a gare e procedure negoziate pubbliche e private
  - Gestione degli adempimenti fiscali e tributari
  - Gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale
  - Gestione dei rapporti con gli enti certificatori privati o con altri soggetti terzi privati che attestano la qualità dei processi / servizi della società
  - Gestione dei rapporti con altri enti privati rilevanti (in particolare, banche, assicurazioni e mass media)
  - Gestione del processo amministrativo e contabile
  - Operazioni sul capitale, conferimenti e sottoscrizione di azioni e altre operazioni straordinarie
  - Predisposizione e approvazione del bilancio d'esercizio
  - Gestione dei flussi monetari e finanziari
  - Approvvigionamento di materiali, servizi di manutenzione e subappalti
  - Gestione dei rapporti con consulenti e partners
  - Sponsorizzazioni
  - Donazioni e altre liberalità
  - Omaggi
  - Gestione delle note spese e delle spese di rappresentanza
  - Gestione del sistema informativo
  - Selezione, assunzione e impiego del personale
  - Gestione del personale
  - Sistema di gestione della sicurezza sul lavoro
  - Sistema di gestione ambientale
  - Gestione dei rapporti infragruppo

- 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 presente Modello;
- 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 presente 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, 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.

4.3.1 Requisiti relativi alla documentazione

La documentazione del presente Modello comprende:

a) Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa rappresentativo del modello di organizzazione, gestione e controllo realizzato ai sensi del D.lgs. 231/01 e delle misure e dei protocolli adottati dall'organizzazione, con i documenti richiamati di cui al paragrafo 4.4;

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;
e) Specifiche di processo, procedure documentate, protocolli e tutta la documentazione relativa al SGRA;
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 Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa

L'organizzazione ha predisposto e tiene aggiornato il presente ***"Manuale"*** anche conosciuto come "Modello Organizzativo – Parte Generale", che svolge funzione di documento rappresentativo dell'applicazione dei requisiti dello schema di riferimento e delle disposizioni di legge.

L'Alta Direzione assicura che il presente Manuale richiami o includa:

a) Gli atti deliberativi, le direttive e le determinazioni della direzione;
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;
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 all'interno dell'allegato "*Evaluation Sheet 231*" *(Mappatura dei Rischi e Risk Assesment)*.

5 Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Alta Direzione

L'alta direzione è il Vertice Aziendale e dimostra e fornisce evidenza del proprio impegno per lo sviluppo e per l'attuazione del Modello e per migliorare in continuo la sua efficacia:

a) Comunicando all'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti del presente, 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 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);
g) Promuovendo il miglioramento e;
h) Fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità;
i) Assicurando il tempestivo adeguamento del presente, nei casi in cui questo 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 ed ha realizzato detto impegno utilizzando la comunicazione tra i vari livelli, mediante l'affissione nei vari ambienti di manifesti e documenti che divulghino, 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, il Vertice stabilisce 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.

5.2 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.

Il Codice Etico, che costituisce un Documento a revisione indipendente e costituisce parte integrante del presente, 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 Modello;
c) fornisca un quadro strutturale per stabilire e riesaminare gli obiettivi;
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 quanto previsto nel presente Manuale e adeguati alle responsabilità organizzative assegnate.

In particolare, l'organizzazione ha predisposto Organigrammi, Mansionari, Statuto e Regolamenti interni, Protocolli e Specifiche di Processo e sono atti a fornire le seguenti informazioni:

- Relazioni gerarchiche e funzionali tra le varie funzioni dell'organizzazione;
- Competenze e caratteristiche di base per accedere alla mansione;
- Processi nei quali la mansione è coinvolta;

- Attività e compiti tipici della mansione nell'ambito del processo.

Come criterio generale, viene attuata, per quanto possibile, 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 approfondite in un apposito documento denominato "Mansionario" dove, oltre a definire le precise attività per ogni processo, vengono definite anche i requisiti d'ingresso.

5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa

Viene individuata all'interno dell'Organizzazione un responsabile, per identificare le prescrizioni pertinenti al Modello. In particolare:

- Verifica l'esistenza di nuove Direttive, Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari europee, nazionali, regionali, provinciali e comunali, inerenti gli aspetti del Modello;
- 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 agli aspetti ambientali dell'organizzazione;
- Individua la possibilità di sottoscrizione di eventuali prescrizioni interne.

Nell'attuare quanto sopra esposto il responsabile individuato, direttamente o in outsourcing, utilizza dei servizi in abbonamento ad una o più banche dati di rilevanza nazionale e costantemente aggiornate.

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

Successivamente all'eventuale individuazione di novità legislative applicabili, verrà aggiornata 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.

La funzione responsabile garantisce 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'assetto strutturale o nell'organizzazione della Società, richiedano la predisposizione di atti amministrativi, denunce, comunicazioni a pubbliche autorità, aggiornamenti al modello, il responsabile:

- 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 al Vertice Aziendale, responsabile dell'adozione delle azioni necessarie.

5.3.3 Deleghe nel processo decisionale

Per l'ipotesi in cui 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 attivi processi decisionali e una serie di controlli che garantiscano che il livello di autorità dei decisori sia confacente e che non sussistano conflitti di interesse effettivi o potenziali. L'alta direzione garantisce che tali processi e controlli siano sottoposti a verifica periodica in ragione 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, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, cui ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello 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) E' 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 illimitato 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) E' destinatario di flussi informativi obbligatori;
i) Può pianificare e condurre l'attività di audit sul Modello.

È garantita l'assenza di:

i) Relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il quarto 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) Funzioni di amministrazione di imprese sottoposte a fallimento, liquidazione coatta amministrativa o altre procedure concorsuali;
v) Rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'OdV, ovvero all'instaurazione del rapporto di consulenza/collaborazione con lo stesso Organismo;
vi) Sentenza di condanna anche non passata in giudicato, ovvero provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità in Italia o all'estero, per i delitti richiamati dal DLgs 231/2001 e s.m.i., o delitti ad essi assimilabili;
vii) 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, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione 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 dell'Organizzazione assicura che:

a) La pianificazione del Modello 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 di quanto in esso previsto;

b) L'integrità del Modello sia mantenuta quando sono pianificate ed attuate modifiche all'organizzazione ed al sistema stesso.

L'organizzazione per mezzo della Direzione, coadiuvata dI responsabile di funzione individuato, ha stabilito, implementato, documentato e mantiene aggiornata l'**Analisi dei Rischi**, altrimenti conosciuta come "Parte Speciale" del Modello, che si allega e forma parte integrante del presente, 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 Modello (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 Modello;
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 o near misses di rilevante entità;
i) Modifiche del Modello, 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) E' 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 Modello.
Le azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono proporzionate all'impatto potenziale sulla conformità di servizi.

6.1.1. Gestione del cambiamento

La "Gestione del cambiamento" prevede che ogni cambiamento introdotto nella legislazione, nell'organizzazione, nel suo Modello, 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 Modello;
- Risultanze di investigazioni su violazioni del Modello.

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 dalle altre funzioni di Risk Management e di Internal Auditing.

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

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

- 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 dalla funzione responsabile individuata 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 ai sistemi di gestione adottati e per la prevenzione della corruzione, l'organizzazione le effettuerà in modo pianificato, considerando le finalità delle modifiche e le loro potenziali conseguenze, l'integrità dei predetti, 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 Modello 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 di legge del Modello deve essere competente sulla base di istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriati (es. vedi mansionari 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 le persone necessarie 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 del presente Modello. 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 D.lgs. 81/08 e del DM 13/02/2014, prevedendo una climatizzazione degli ambienti su livelli di confort termico ed idrometrico, oltre che un monitoraggio dei livelli di illuminamento delle postazioni. Ha inoltre conseguito specifiche certificazioni ISO.
Si rimanda al presente ***Modello di Organizzazione valido anche ai fini dell'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i., ai Sistemi di Gestione ISO e al DVR ex artt. 28-29 del D.Lgs. 81/08***, che sono documenti a revisione indipendente e che formano parte integrante del SGRA, per maggiori dettagli.

7.1.5 Risorse Finanziarie

L'organizzazione ha stabilito le modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire la commissione dei reati e che faccia riferimento a deleghe, procure, facoltà, responsabilità e compiti e che tenga 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.

Si rimanda, per maggiori particolari, ai Mansionari, alle Deleghe e Procure, allo Statuto ed ai vari Regolamenti interni.

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 presente Modello (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;
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 stabiliti nel presente; 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 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 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

Le persone che svolgono un'attività lavorativa sotto il controllo dell'organizzazione sono consapevoli:

- della politica per la compliance/Codice Etico;
- del proprio contributo all'efficacia del *MODELLO 231*, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni relative alla compliance;
- delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del *MODELLO 231*, inclusa l'attuazione del Sistema Disciplinare;
- delle procedure per far emergere preoccupazioni relative alla compliance (vedere punto 8.3);
- della relazione tra la politica per la compliance (Codice Etico) e gli obblighi di compliance pertinenti al proprio ruolo;
- dell'importanza di sostenere una cultura della compliance.

Gli strumenti utilizzati per garantire la consapevolezza del personale, nei termini sopra esposti sono il SGI e le eventuali deleghe e/o procure, oltre che il Programma Annuale di Formazione.

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 Modello, 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 relative ai requisiti del presente, provenienti dalle parti interessate esterne all'organizzazione;
c) Definire come l'organizzazione comunica ai propri fornitori, ai consulenti e ad ogni terza parte interessata, le modalità di gestione 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; in particolare, oltre alla registrazione di cui sopra, si applicano le regole stabilite negli appositi Protocolli citati nell'Analisi dei Rischi.

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 Modello 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 Modello, 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 Modello; a tale scopo, in occasione dei riesami periodici, si inviteranno i dirigenti ed i responsabili di funzione;
d) La consultazione dove ci siano cambiamenti che influiscano sul Modello; in tal caso, si raccoglierà il parere preventivo dei responsabili di funzione.

Le modalità di consultazione con le parti interessate sono stabilite di volta in volta.

7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV

L'obbligo di informazione all'Organismo 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 Modello 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 Modello.
Per l'ottenimento di questo fine è stato istituito un "Elenco dei documenti e registrazioni"; inoltre, sulla 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.

7.5.3 Informazioni documentate

Le informazioni documentate sono predisposte per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del Modello 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 Modello.

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.

7.5.4 Controllo delle informazioni documentate

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

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

Ciascuna di esse, sarà documentata attraverso un elenco dove saranno indicate anche le seguenti informazioni:

- Responsabile delle informazioni documentate;
- Responsabile della conservazione;
- Tempo, Modalità e Luogo di conservazione;
- Modalità di distruzione.

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 operativo

L'organizzazione pianifica e sviluppa i processi e le relative attività necessari per soddisfare i requisiti per l'erogazione di servizi (vedere 4.4). 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 Modello (vedi anche Sistemi di Gestione ISO adottati);
b) Misure di controllo per l'approvvigionamento di beni, servizi e consulenze;
c) 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 Modello.

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 nei Sistemi di Gestione adottati. Il tipo e l'estensione del controllo applicato su fornitori eventualmente coinvolti (intesi anche come collaboratori, consulenti e/o partner) e/o sul prodotto approvvigionato dipendono dall'effetto del prodotto approvvigionato sulla corretta attuazione del Modello.

La comunicazione con i clienti comprende:

a) La fornitura di informazioni relative al prodotto e/o servizio;
b) La gestione delle richieste, contratti o ordini, comprese le modifiche;
c) l'ottenimento, dal cliente, di informazioni di ritorno relative ai prodotti/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/committente 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 e dei subappaltatori

L'organizzazione valuta e seleziona i fornitori in base alla loro capacità di fornire un prodotto conforme ai requisiti del Modello. 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, la moralità professionale, 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, viene svolta, in particolar modo, la 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 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/subappaltatori esterni, per conto dell'organizzazione;
- Un processo, o una sua parte, viene fornito da un fornitore o un subappaltatore esterno, quale esito di una decisione dell'organizzazione.

L'Organizzazione conserva informazioni documentate circa i servizi che le vengono erogati servizi. 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.

8.2 Due diligence

Laddove la valutazione del rischio di corruzione dell'organizzazione abbia rilevato un rischio di corruzione 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 posizioni.

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 membri del personale specifici (vedi Sistema di Gestione ISO 37001).

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 esempio:

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 il rischio di corruzione 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 applichino 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/subappaltatore;
b) Capacità del fornitore/subappaltatore;
c) Economicità del fornitore/subappaltatore

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 influenzino 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 applichino il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa o applichino i loro controlli per la prevenzione dei reati. L'organizzazione attua le procedure in cui determina se i soci in affari, per i quali sia stato identificato

un rischio-reato superiore al livello basso, metta 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 applica procedure che siano progettate per prevenire 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 tale. 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 normativa di cui all'art. 6 del D.lgs 231/2001 (che ha introdotto gli artt. 2-bis, 2-ter e 2-quater), dispone 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.

Si segnala inoltre che, ad integrazione di quanto su esposto, in data 10.03.2023, è stato emesso il D. lgs. n. 24/23 recante Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione delle disposizioni normative nazionali (whistleblowing).

Il decreto in esame si pone quale precipuo obiettivo, **la tutela del segnalant**e e di tutti gli altri soggetti eventualmente coinvolti così come specificato all'art. 3 del decreto in esame. Per il raggiungimento delle succitate finalità di tutela è necessario che tutte le attività di adeguamento poste in essere dai soggetti interessati dalla disciplina – che impone, tra gli altri, severi obblighi di riservatezza, con contestuale divieto di porre in essere attività ritorsive nei confronti dei segnalanti – nonché le attività di trattamento dei dati personali e di conservazione delle segnalazioni e della relativa documentazione, avvengano sempre nel pieno rispetto della disciplina vigente in materia di protezione dei dati personali.

A seguito dell'emanazione del citato decreto, ANAC ha emesso inoltre, a supporto delle aziende, la Delibera n. 311 del 12.07.23 con la quale vengono stabilite le **Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne,** cui si rimanda per chiarimenti interpretativi.

Le principali novità contenute nella nuova disciplina sono:

- la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;

- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- la disciplina di tre canali di segnalazione e delle condizioni per accedervi: interno (negli enti con persona o ufficio dedicato oppure tramite un soggetto esterno con competenze specifiche), esterno (gestito da ANAC) nonché il canale della divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili da ANAC e l'introduzione da parte dei soggetti privati di sanzioni nel sistema disciplinare adottato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Più nello specifico quindi, il decreto in esame:

- **amplia il raggio di applicazione delle forme di tutela** coinvolgendo sia tutti gli enti privati che, nell'ultimo anno, abbiano impiegato la media di 50 lavoratori subordinati – con contratti di lavoro a tempo indeterminato o determinato – sia quelli che, pur non avendo impiegato la media di 50 lavoratori, rientrano nell'ambito di applicazione degli atti del diritto dell'Unione (in materia di servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, tutela dell'ambiente e sicurezza dei trasporti). Sono infine soggetti alla nuova disciplina anche quegli operatori che, a prescindere dal numero di dipendenti impiegati, abbiano adottato i modelli di organizzazione e gestione previsti dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- **estende l'ambito oggettivo** delle segnalazioni a tutte le condotte illecite, previste sia dalla normativa nazionale che da quella dell'Unione europea, aventi natura amministrativa, contabile, civile o penale lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato;
- **offre forme di tutela**, ove opportuno, **anche ai c.d. facilitatori** vale a dire coloro i quali prestano assistenza al segnalante durante il processo di segnalazione e la cui attività deve rimanere riservata, ai soggetti terzi e connessi con il segnalante quali ad esempio colleghi e/o familiari, ed infine ai soggetti

giuridici connessi al segnalante. I soggetti privati dovranno dunque predisporre appositi canali di segnalazione interni – che, siano in grado di garantire, "anche tramite **il ricorso a strumenti di crittografia**, la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione" – la cui gestione può alternativamente essere affidata ad una persona o ad un ufficio aziendale interno, autonomo e costituito da personale specificamente formato, ovvero affidata ad un soggetto esterno, dotato anch'esso di personale adeguatamente istruito per la corretta gestione dei canali di segnalazione.

Inoltre, in ottemperanza a quanto statuito dal decreto, i soggetti interessati dalla disciplina dovranno: pubblicare un'informativa chiara ed esplicativa circa le procedure e i presupposti per effettuare le segnalazioni, sia interne che esterne, che sia facilmente accessibili sul luogo di lavoro e sul proprio sito internet, qualora ne siano dotati; rilasciare ai cd. *Whistleblower*, un avviso di ricevimento della segnalazione e, entro tre mesi, un primo riscontro in merito allo stato di avanzamento della procedura.

Il contesto normativo si amplia ulteriormente con il Decreto legislativo 30 dicembre 2025, n. 211, attuativo della Direttiva (UE) 2024/1226 il quale, pur lasciando invariata la disciplina generale del whistleblowing, ne estende sensibilmente il perimetro operativo prevedendo altresì la protezione delle persone che segnalano violazioni delle misure restrittive dell'Unione europea di cui al capo I-bis, del titolo I, del libro II del codice penale, nonché dell'articolo 12, comma 1-bis, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

Levratti ha istituito, ai sensi del D.Lgs. 24/2023, il proprio canale di segnalazione interna, ampliandolo, oltre che alle violazioni già considerate del Modello 231, anche alle ulteriori violazioni della legislazione nazionale e dell'Unione Europea, indicate dallo stesso D.Lgs. 24/2023 e raggiungibile al link https://impresalevratti.segnalazioni.net.

Il suddetto canale garantisce, anche tramite il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. Ha inoltre provveduto a nominare un soggetto esterno quale Gestore delle Segnalazioni in possesso dei requisiti di autonomia, formazione e competenza in materia.

Oltre al canale aziendale è possibile far ricorso a un canale esterno, istituito presso l'ANAC (l'Autorità Nazionale Anticorruzione), in alcuni casi specifici:

• nel caso in cui nel contesto lavorativo nel quale opera il segnalante non sia stato attivato o non sia conforme il canale di segnalazione interno;

• qualora sia già stata presentata una segnalazione interna non processata o con provvedimento finale negativo;
• se il segnalante ha fondati motivi di temere possibili ritorsioni, in caso di segnalazione ai canali interni;
• se il segnalante ritiene che la violazione possa costituire pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Qualora il segnalante ritenesse inefficaci ai sensi di Legge le risposte di entrambi i canali sopracitati o ritenesse che il loro utilizzo possa costituire un grave pericolo per sé stesso o per la sicurezza nazionale, può ricorrere alla divulgazione pubblica.

Per maggiori informazioni si rimanda alla procedura aziendale *Policy di Gestione delle Segnalazioni – Whistleblowing.*

8.10 Indagini e gestione delle criticità

L'organizzazione stabilisce, implementa e mantiene attive procedure che:

a) Identifichino le situazioni che possano causare una potenziale violazione grave del Modello, 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 della Codice etico, chi sia riferito, rilevato o ragionevolmente presunto;
c) Richiedano azioni appropriate nel caso in cui l'indagine riveli 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 alla funzione individuata e a tal uopo delegata;
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 Modello.
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 Modello 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 e che prevede un meccanismo sanzionatorio per la violazione delle norme previste dal Modello 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[2] 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 dai datori di lavoro, salvo, naturalmente, il successivo eventuale controllo del giudice del lavoro, non deve, infatti, necessariamente coincidere con la valutazione del

[2] Cfr. gli artt. 2104 e 2105 cod. civ. che stabiliscono obblighi in termini di diligenza e fedeltà del prestatore di lavoro nei confronti del proprio datore.

giudice in sede penale, data l'autonomia della violazione del Modello 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 Modello 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.

In ragione della loro valenza disciplinare, i requisiti del Modello il cui mancato rispetto si intende sanzionare sono espressamente inseriti nel sistema disciplinare aziendale e comunque formalmente dichiarati vincolanti per tutti i destinatari del modello (mediante una circolare interna o un comunicato formale), nonché esposti, così come previsto dall'art. 7, co. 1, l. n. 300/1970, "mediante affissione in luogo accessibile a tutti", evidenziando esplicitamente le sanzioni collegate alle diverse violazioni.

Qualora la violazione delle norme etiche 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 Modello.

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 Modello;
b) Assicurare la conformità del Modello alla legislazione vigente;
c) Migliorare in continuo l'efficacia del Modello.

Inoltre, l'organizzazione valuta le prestazioni e l'efficacia del Modello 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 interne sull'importanza e corretta implementazione del Modello, essendo questa una delle misurazioni delle prestazioni del Modello stesso.

Per il monitoraggio, l'organizzazione utilizza i seguenti metodi:

- Flussi informativi verso l'OdV;
- Audit interni.

L'Organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attivi protocolli al fine di misurare e monitorare regolarmente i risultati dei processi del Modello. Tali protocolli 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 violazioni gravi ed altre evidenze storiche della carenza della prestazione del Modello;
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 al Riesame per i risultati di tali attività.

9.2 Audit interni

L'organizzazione, col supporto dell'OdV e della funzione a tal uopo individuata, con l'eventuale supporto di terze parti specializzate, conduce ad intervalli pianificati audit interni per determinare se il Modello:

a) È conforme a quanto pianificato (vedere punto 8.1), ai requisiti del presente Schema ed ai requisiti 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 della funzione deputata, 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 Modello) devono dimostrare esperienza pregressa di audit 231 o 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 Audit Interni

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'Audit Interno, 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'Audit Interno, 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 soggetto preventivamente individuato affinché lo porti all' attenzione dell'Alta Direzione. Successivamente lo stesso verrà

distribuito 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).

La Direzione, di concerto con il soggetto responsabile delegato 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, verranno richieste 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 secondo le stesse modalità previste per quelli programmati. In tal caso, tempestivamente, la Direzione, con il supporto della funzione delegata, 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 Modello per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Questo riesame comprende la valutazione delle opportunità di miglioramento e dell'esigenza di modifiche allo stesso, 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 Modello 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 Modello;
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 Modello;

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 della Funzione di Conformità per la Prevenzione della Corruzione (FCPC)

Limitatamente ai reati di corruzione e correlati, la FCPC valuta in modo continuativo se il sistema di gestione della responsabilità amministrativa:

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

La FCPC riferisce a intervalli pianificati all'alta direzione circa l'adeguatezza ai fini anticorruzione 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 Modello.

10.2 Non Conformità e Azioni correttive

Salvo quanto previsto nella procedura di segnalazione, 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 responsabile del presente preventivamente individuato, 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 all'OdV. Le medesime prescrizioni sono valevoli per altri stakeholder.

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

La funzione delegata 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 alla funzione responsabile 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 occorre un'Azione di Miglioramento (Correttiva/Preventiva), sarà gestita secondo le indicazioni dello specifico paragrafo della presente sezione.

In caso di significativa anomalia, questa sarà verificata dall'OdV ed approvata dal Vertice Aziendale.

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 il responsabile formulerà un'ulteriore proposta di risoluzione, dietro verifica dell'OdV ed approvazione da parte del CdA, 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 dal responsabile che individua la funzione e/o l'operatore pertinente per l'analisi della causa, a cominciare dal riesame delle non conformità riscontrate. Si verifica, poi, 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 il responsabile 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) sempre documentati a cura del responsabile.

Il Registro delle Azioni di Miglioramento" (RAM) è un foglio elettronico (ad accesso limitato alla funzione responsabile) 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, la funzione responsabile 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 Modello, 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 stakeholder;
- Segnalazioni delle Autorità;
- Monitoraggio della soddisfazione dell'utente;
- Audit effettuati da enti esterni all'azienda.