

Modello di Organizzazione Gestione e Controllo (M.O.G.)

CENTRO STUDI OPERA DON CALABRIA
(ex D.Lgs 231/2001)

Premessa

0. INTRODUZIONE

- 0.1 Generalità*
- 0.2 Approccio per Processi*
- 0.3 Integrabilità con altri Sistemi di Gestione*

1. PRESENTAZIONE, SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

- 1.1 Presentazione della Organizzazione*
- 1.2 Scopo e Campo di Applicazione*

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

3. TERMINI E DEFINIZIONI

4. ORGANIZZAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA - M.O.G.

- 4.1 Generalità*
- 4.2 Requisiti relativi alla documentazione*
 - 4.2.1 Aspetti Generali
 - 4.2.2 Modello di Organizzazione per la Responsabilità Amministrativa
 - 4.2.3 Procedura per la tenuta sotto controllo dei documenti
 - 4.2.4 Procedura per la tenuta sotto controllo delle registrazioni

5. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

- 5.1 Impegno della direzione*
- 5.2 Orientamento alla legalità*
- 5.3 Codice Etico e Politica per la Responsabilità Amministrativa*
- 5.4 Pianificazione ed analisi dei rischi*
 - 5.4.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli
 - 5.4.2 Gestione del cambiamento
- 5.5 Responsabilità, autorità e comunicazione*
 - 5.5.1 Responsabilità ed autorità
 - 5.5.2 Organismo di Vigilanza (OdV)
 - 5.5.3. Comunicazione interna ed esterna
 - 5.5.3.1 *Obblighi di informazione dell'organismo di vigilanza*
 - 5.5.4 Sistema Disciplinare
 - 5.5.5. Whistlerblowing
 - 5.5.5.1 Sanzioni applicabili ai destinatari delle segnalazioni (Whistlerblowing)
- 5.6 Riesame di direzione*
 - 5.6.1 Generalità
 - 5.6.2 Elementi in ingresso per il riesame
 - 5.6.3 Elementi in uscita dal riesame

6. GESTIONE DELLE RISORSE

- 6.1 Messa a disposizione delle risorse*
- 6.2 Risorse umane*
- 6.3 Infrastrutture*
- 6.4 Ambiente di lavoro*

6.5 Risorse Finanziarie

7 VALUTAZIONE DEI RISCHI

7.1 Generalità

7.2 Metodologia di lavoro

8 MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO

8.1 Generalità

8.2 Monitoraggio e misurazione

8.2.1 Percezione e grado di coinvolgimento delle parti interessate

8.2.2 Audit interno .

8.2.3 Valutazione della conformità legislativa

8.3 Procedura di Gestione delle Non Conformità

8.4 Analisi dei dati

8.5 Miglioramento

8.5.1 Miglioramento continuo

8.5.2 Procedura di gestione delle Azioni correttive (preventive)

8.5.3 Procedura di Gestione Azioni preventive

PREMESSA

Il Sistema di Gestione presentato nel presente documento è stato realizzato cercando un allineamento ai requisiti delle norme ISO 9001:2008, i cui criteri sono alla base dei principali standard per la realizzazione dei Sistemi di Gestione Aziendale, opportunamente adattati per la realizzazione di un Modello per l'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".



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 ad esempio consulenti o altri collaboratori esterni.

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 erano coinvolti nelle conseguenze dalla realizzazione di reati commessi, con vantaggio della società, da amministratori o dipendenti.

Il principio di personalità della responsabilità penale li lasciava, infatti, indenni da conseguenze sanzionatorie, diverse dall'eventuale risarcimento del danno, se ed in quanto esistente (quasi sempre, tra l'altro, "coperto" da polizze assicurative).

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, ecc.) che partecipano alle vicende patrimoniali dell'organizzazione, al controllo della regolarità e della legalità dell'operato sociale.

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 ad un tipico sistema di gestione dei rischi (risk management).

La norma indica 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 deve essere sufficientemente formalizzato e chiaro, soprattutto per quanto attiene alla attribuzione delle responsabilità, alle linee di dipendenza gerarchica con specifica previsione dei principi di controllo, quali, la *separazione di funzioni*;
- 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.



Per operare efficacemente, il sistema deve tradursi in un processo continuo (o comunque svolto con una periodicità adeguata), da reiterare con particolare attenzione nei momenti di cambiamento (apertura di nuove sedi, ampliamento di attività, acquisizioni, riorganizzazioni, ecc.).

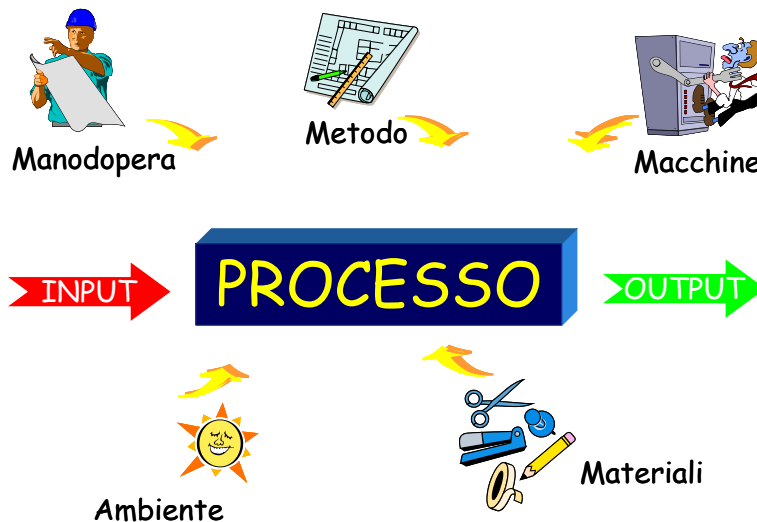
0. INTRODUZIONE

0.1 Generalità

Avendo facoltà dotarsi dei Modelli di organizzazione e di gestione di cui agli artt. 6 e 7 del D.Lgs. 231/01, il nostro Ente ha realizzato questo modello di Organizzazione per la Responsabilità Amministrativa ex Dlgs 231/01, che di seguito chiameremo “**modello M.O.G.**” modello inserito nell'intento di poter costituire, uno sistema flessibile e adeguato alla nostra Organizzazione.

0.2 Approccio per Processi

Lo sviluppo, l'attuazione ed il miglioramento dell'efficacia del modello M.O.G. sono stati realizzati con un approccio per processi, considerando cioè l'insieme di attività che utilizzano risorse e che sono gestite per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso al processo successivo.



L'approccio per processi è stato utilizzato quindi per individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati rilevanti ex Dlgs 231/01, e questo per consentire di tenere sotto continuo controllo la connessione e l'interazione tra i singoli processi, nell'ambito del sistema di processi, così come la loro combinazione ed interazione. 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).

0.3 Integrità con altri Sistemi di Gestione

Il modello M.O.G. è stato realizzato con l'intento di favorire l'integrità con altri sistemi di gestione quali Sistemi di gestione Qualità (es. ISO 9001), Ambiente (es. ISO 14001), Sicurezza e Salute sui luoghi di Lavoro (es. OHSAS 18001) e di Responsabilità Sociale (es. SA 8000).

In particolare, la struttura del modello M.O.G. segue, per quanto possibile, quella dello standard UNI EN ISO 9001:2008,

1. PRESENTAZIONE, SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 Presentazione dell'Organizzazione

L'Associazione "Centro Studi - Opera Don Calabria" nasce nell'anno 1994 come emanazione della Congregazione Poveri Servi della Divina Provvidenza. Ha ottenuto il riconoscimento come Ente Nazionale di Formazione Professionale ai sensi della legge 40/87 ed è riconosciuto come Ente di Formazione privato da parte della Regione Veneto (codice 34); dalla Regione Emilia Romagna (codice 2230), dalla Regione Sicilia (codice AH0457).

E' inoltre iscritto presso lo schedario dell'Anagrafe Nazionale delle Ricerche (codice definitivo 618811WA) e nella Prima Sezione del Registro degli Enti e delle Associazioni che svolgono attività a favore degli Immigrati (n. A/549/2008/VR).

Il "Centro Studi – Opera don Calabria" è iscritto dal 14.05.12 all'Albo Agenzie per il Lavoro - Codice Intermediario L781S001295 per l'intermediazione al Lavoro (D. LGS 276/2003, articolo 6/Regime particolare). Ha ottenuto la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008 per la Sede di Termini Imerese (PA) con riferimento alla "Progettazione e all'erogazione di interventi formativi" attraverso SMC SLOVENSKO A.S, in data 12/09/2014. L'Associazione ha la sede legale a Verona e dispone di una sede centrale di coordinamento operativo a livello nazionale a Ferrara. La Congregazione è membro di diritto dell'assemblea dei soci. Al personale operante con contratto di lavoro subordinato viene applicato il CCNL della Formazione Professionale. L'Ente, dispone di sedi accreditate a Verona, Termini Imerese (Pa) e Ferrara.

❖ OBIETTIVI - SERVIZI OFFERTI – FUNZIONI

L'Associazione "Centro Studi - Opera Don Calabria" è una struttura senza scopo di lucro che si pone al servizio delle persone per la loro promozione personale e sociale, e per lo sviluppo della loro professionalità. Sull'esempio di San Giovanni Calabria i fondamentali principi ispiratori su cui si fonda il progetto educativo sono:

- Considerare la persona umana nella sua completezza come valore unico e prezioso;
- L'attenzione a tutti gli utenti, soprattutto ai più svantaggiati, ai più bisognosi;
- Considerare l'Ente come "Comunità educante" in tutti i suoi aspetti e responsabilità;
- Considerare il lavoro e la professione beni personali e sociali.

L'Associazione "Centro Studi" ha, quindi, un dovere morale, etico, sociale e cristiano di realizzare servizi formativi efficaci, rivolti alle persone, coerenti con i principi ispiratori e che diano risposte concrete ai bisogni degli utenti.

La realizzazione del sistema formativo si basa su:

- Analisi dei bisogni formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze - professionalità effettuata in collaborazione con gli utenti;
- La definizione dei percorsi formativi di apprendimento, flessibili ed accessibili in funzione delle capacità, attitudine, esigenze particolari (percorsi individualizzati);
- Il servizio formativo è organizzato secondo una logica di "integrazione";
- La valutazione e la verifica dei risultati della formazione.

L'Associazione Centro Studi ha da sempre ricercato la qualità dei propri servizi formativi attraverso:

- La condivisione della mission, dei valori distintivi, della visione, delle politiche che orientano e legittimano le scelte strategiche;
- La continua formazione dei Formatori in campo metodologico e didattico;
- L'impiego di metodologie didattiche riconosciute dal mercato, consolidate e validate dall'esperienza;
- L'innovazione del know how;
- La sperimentazione di azioni formative innovative soprattutto con le fasce deboli;
- Lo scambio di buone prassi in ambito formativo, educativo e sociale con Partner nazionali ed europei sia di tipo Istituzionale che di soggetti privati (organizzazioni, associazioni, cooperazione) al fine di migliorare e permettere l'innovazione delle attività erogate.

Il Centro Studi fornisce un servizio di coordinamento, promozione e ricerca per le attività sociali (formazione al lavoro, educazione, riabilitazione, sport, tempo libero, etc.) e supporto per la progettazione e programmazione di azioni innovative per le sedi operative italiane dell'Opera Don Calabria in una dimensione Nazionale ed Europea.

Esso si prende cura della progettazione e dell'attuazione dei programmi operativi nazionali ed Europei, organizza interventi per la formazione e per l'aggiornamento degli "operatori" che operano nei centri a vario titolo (docenti, pedagogisti, educatori, etc.), mantiene inoltre contatti e relazioni con le università ed altri centri di ricerca in Italia.

Svolge una funzione di coordinamento, consulenza e supporto per le Sedi Filiali dell'Opera Don Calabria, avendo come oggetto:

- attività di formazione rivolte ad adolescenti, a giovani diplomati e/o laureati, a donne e uomini disoccupati, a lavoratori, a persone con disabilità, ad immigrati, a persone in esecuzione penale;
- iniziative di inclusione sociale dirette a prevenire ogni forma di discriminazione ed a favorire la massima partecipazione sociale di gruppi in situazione di svantaggio;
- attività di studio, di ricerca e di documentazione relativa ai settori d'intervento formativo e sociale;
- progettazione e realizzazione di progetti a carattere formativo e sociale in ambito nazionale, europeo ed internazionale.

L'azione del Centro Studi si ispira ai principi e valori trasmessi dal fondatore della Congregazione, San Giovanni Calabria:

- la fiducia nella Provvidenza e nella paternità di Dio;
- la centralità della persona, la cui dignità viene prima di qualunque appartenenza;
- l'attenzione agli "ultimi" della società, affinché abbiano pari opportunità di partecipazione sociale;
- la trasparenza e la correttezza gestionale, sia verso gli utenti che verso le istituzioni;
- la valorizzazione del capitale umano interno, per formare vere e proprie comunità educative.

1.2 Scopo e Campo di Applicazione

Lo scopo del presente documento, quindi, è quello di descrivere il Modello di Organizzazione per la Responsabilità Amministrativa - M.O.G. (ex dlgs 231/2001) che costituisca l'attuazione di quanto previsto agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231.¹ Il cuore del modello M.O.G. 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.

Il campo di applicazione comprende quindi tutti i processi aziendali a rischio di illecito (e delle relative attività), per i quali è prevista l'identificazione, il livello di rischio e la predisposizione di adeguate attività di monitoraggio e/o adeguamento degli stessi processi, atte a prevenire la realizzazione di un reato presupposto.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente documento si basa principalmente sul Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e s.m.i. e sulle fattispecie di reato/illecito ed i reati/illeciti analizzati elencate di seguito :

Art. 24 Reati commessi nei rapporti con la Pubblica Amministrazione

Art. 24bis Delitti informatici e trattamento illecito di dati [Aggiunto dalla L. 18 marzo 2008 n. 48, art. 7]

Art. 24ter Delitti di criminalità organizzata [Aggiunto dalla L. 15 luglio 2009, n. 94, art. 2, co. 29]

Art. 25bis Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento [Integrato dalla Legge 23 Luglio 2009, n.99, art. 15]

¹ Art. 6. Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente

1. Se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che:

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

2. In relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati, i modelli di cui alla lettera a), del comma 1, devono rispondere alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

3. I modelli di organizzazione e di gestione possono essere adottati, garantendo le esigenze di cui al comma 2, sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti, comunicati al Ministero della giustizia che, di concerto con i Ministeri competenti, può formulare, entro trenta giorni, osservazioni sulla idoneità dei modelli a prevenire i reati.

4. Negli enti di piccole dimensioni i compiti indicati nella lettera b), del comma 1, possono essere svolti direttamente dall'organo dirigente.

5. E' comunque disposta la confisca del profitto che l'ente ha tratto dal reato, anche nella forma per equivalente.

Art. 7. Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'ente

1. Nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b), l'ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza.

2. In ogni caso, è esclusa l'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza se l'ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

3. Il modello prevede, in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione nonché al tipo di attività svolta, misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

4. L'efficace attuazione del modello richiede:

- una verifica periodica e l'eventuale modifica dello stesso quando sono scoperte significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività;
- un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Art. 25bis-1 Delitti contro l'industria e il commercio [Introdotta dalla Legge 23 Luglio 2009, n.99, art. 15]

Art. 25ter Reati societari [Articolo aggiunto dal D.Lgs. 11 aprile 2002 n. 61, art. 3].

Art. 25quater Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali [Aggiunto dalla L. 14 gennaio 2003 n. 7, art. 3]

Art. 25quater-1 Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili [Aggiunto dalla L. 9 gennaio 2006 n. 7, art. 8]

Art. 25quinquies Delitti contro la personalità individuale [Aggiunto dalla L. 11/08/2003 n. 228, art. 5]

Art. 25sexies Reati di abuso di mercato [Aggiunto dalla L. 18 aprile 2005 n. 62, art. 9]

Art. 25septies Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro [Aggiunto dalla L. 3 agosto 2007 n. 123, art. 9 e modificato dal Dlgs 81/08]

Art. 25octies Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita [Aggiunto dal D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231, art. 63, co. 3]

Reati Transnazionali Legge 16 marzo 2006, n. 146, art. 10

Art.25 novies Delitti in materia di violazione del diritto d'autore [Aggiunto dalla Legge 23 luglio 2009 n. 99 , art. 15]

Art. 25undecies Reati ambientali [Introdotta dal d.lgs. n. 121 del 7 luglio 2011].

Art.25 duodecies Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno e' irregolare [Introdotta dal d.lgs. n. 109 del 16 luglio 2012].

Art. 25 quinquiesdecies: Reati Tributarî e d'IVA [Introdotta dal d.lgs 26 ottobre 2019 n.124 secondo comma dell'art.39]

3. TERMINI E DEFINIZIONI

In questo documento valgono i seguenti termini e le definizioni :

TERMINE	Definizione
ALTA DIREZIONE	La persona o il gruppo di persone che ha l'autorità e la responsabilità di controllare direttamente ogni sistema aziendale di un'organizzazione, al più alto livello.
ANALISI DEI RISCHI	Processo per comprendere la natura del rischio e determinare la probabilità che un pericolo si concretizzi e l'impatto che l'accadimento può avere
AUDIT INTERNO	Valutazione indipendente volta a ottenere evidenze, relativamente ad un determinato oggetto, e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri prefissati siano stati soddisfatti o meno.
AZIONE CORRETTIVA (PREVENTIVA)	Insieme di attività coordinate aventi lo scopo di eliminare (prevenire) le cause di una non conformità rilevata (potenziale).
CLIENTE - UTENTE	Il Cliente è colui che usufruisce di un bene o di un servizio pagandone il corrispettivo dopo avendo facoltà di confrontare prezzi e qualità dell'offerta di altri fornitori. L'Utente è colui che usufruisce di un bene o di un servizio senza pagarne il corrispettivo.
CODICE ETICO	Insieme di principi di condotta che rispecchia particolari criteri di adeguatezza e opportunità comportamentale, in riferimento a un determinato contesto culturale, sociale o professionale.

FORNITORE	Singola persona, funzione od organizzazione, che fornisce un prodotto/ servizio a un Cliente. Il fornitore può essere sia esterno sia interno all'organizzazione : in questo caso fornisce ad un Cliente interno
TERMINE	Definizione
NON CONFORMITÀ	Mancato soddisfacimento di un requisito o una deviazione rispetto alle specifiche di riferimento: può riferirsi ad un prodotto, al sistema, ad un processo o ad una procedura.
OdV – ORGANO DI VIGILANZA E CONTROLLO	L'Organismo di cui all'art. 6 comma 1 lett. b) del D.Lgs 231/01. <i>Art. 6.Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente</i> <i>1. Se il reato e' stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'ente non risponde se prova che:</i> <i>a) l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;</i> <i>b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli di curare il loro aggiornamento e' stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;</i> <i>c) le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione e di gestione;</i> <i>d) non vi e' stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b).</i>
PERICOLO	Evento, cosa o persona che può costituire una minaccia, comportare un rischio. Nello specifico: 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.
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 interrelate, svolte all'interno dell'Organizzazione che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'Ente .
PROTOCOLLO	Metodo specificato per svolgere un'attività o un processo.
RESPONSABILE DELL'ETICA AZIENDALE (REA)	Figura nominata dall'Alta Direzione che, indipendentemente da altri suoi compiti, ha la responsabilità ed autorità in particolare per assicurare che sia istituito, applicato e mantenuto attivo il modello M.O.G. secondo i dettami del Dlgs 231/2001 e s.m.i;
RIESAME DELLA DIREZIONE	Attività effettuata dall'Alta Direzione 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
M.O.G.	Acronimo che sta per Organizzazione Gestione e Controllo della Responsabilità Amministrativa
SISTEMA DISCIPLINARE	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2 lett. e) del D.Lgs 231/01 <i>Art. 6.Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'ente</i> <i>[...]</i> <i>2. In relazione all'estensione dei poteri delegati e al rischio di commissione dei reati, i modelli di cui alla lettera a), del comma 1, devono rispondere alle seguenti esigenze:</i> <i>a) individuare le attività' nel cui ambito possono essere commessi reati;</i> <i>b) prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;</i> <i>c) individuare modalita' di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;</i> <i>d) prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;</i> <i>e) introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.</i>

4. ORGANIZZAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA (M.O.G.)

4.1 Generalità

La nostra Associazione ha stabilito, documentato, attuato e mantiene attivo il modello M.O.G. e ne migliora in continuo l'efficacia, in conformità ai requisiti del presente documento. A tal fine l'organizzazione ha:

1. adottato ed efficacemente attuato il modello M.O.G. per 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, risponde ai seguenti requisiti:
2. affidato a un Organismo di Valutazione (OdV) dell'organizzazione dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello M.O.G. e di curarne l'aggiornamento.



In particolare il modello adottato si fonda sulla metodologia dell'Analisi dei Rischi (vedi il punto 5.4.2) e prevede i seguenti punti operativi:

- a. identificazione dei processi tramite i quali l'organizzazione espleta la sua attività caratteristica e individuazione delle attività nel cui ambito possono essere commessi i reati;
- b. valutazione, per ogni processo "sensibile", delle 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
- c. specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'organizzazione in relazione ai reati da prevenire;
- d. individuazione delle modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire la commissione dei reati;
- e. obblighi di informazione nei confronti dell' OdV;
- f. formalizzazione di un Codice Etico aziendale che contiene criteri di auto-regolamentazione al suo interno e nei rapporti con i terzi (di cui al punto 5.3);
- g. introduzione di un sistema disciplinare (vedi 5.5.4) idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Sistema di Gestione per la prevenzione dei Reati;

Qualora l'organizzazione scelga di affidare all'esterno qualsiasi processo che influenzi la conformità ai requisiti del modello M.O.G. essa si assicurerà 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 del modello M.O.G..

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.

4.2 Requisiti relativi alla documentazione

4.2.1 Aspetti Generali

La documentazione del modello M.O.G. comprende:

- a. Manuale per l'Organizzazione della Responsabilità Amministrativa - M.O.G. rappresentativo del modello di organizzazione, gestione e controllo realizzato e delle misure e dei protocolli adottati dall'organizzazione;
- b. dichiarazioni documentate sulla politica per la responsabilità amministrativa, riportata nel **Codice Etico**, di cui al successivo punto 5.3;
- c. Organigrammi, Deleghe, Procure, Mansionari di cui al punto 5.5.1;
- d. analisi dei rischi di cui al punto 5.4.2;
- e. specifiche di processo, procedure documentate, protocolli e tutta la documentazione relativa al MODELLO M.O.G.;
- f. documenti necessari all'organizzazione per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei processi;
- g. Regolamento dell'OdV di cui al punto 5.5.2.3;
- h. Sistema Disciplinare di cui al punto 5.5.4;
- i. registrazioni previste dal presente documento.

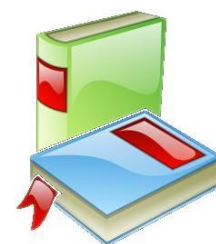


4.2.2 Manuale per l'Organizzazione della Responsabilità Amministrativa - M.O.G.

La nostra Associazione ha predisposto e tiene aggiornato un Modello M.O.G. che svolge funzione di documento rappresentativo dell'applicazione dei requisiti del Dlgs 231/01 e deve provare come il modello M.O.G. realizzato ne sia conforme.

L'Alta Direzione assicura che il M.O.G. richiami o includa:

- a. l'analisi dei rischi di cui al punto 7.2;
- b. le procedure documentate, i protocolli e le misure predisposte per il MODELLO M.O.G.;
- c. Il Sistema Disciplinare di cui al punto 5.5.4;
- d. il Regolamento dell'Organismo di vigilanza e controllo, inclusa l'individuazione e le modalità di trasmissione dei flussi informativi obbligatori (vedi punto 5.5.2);
- e. Il Codice Etico di cui al punto 5.3;
- f. La pianificazione e la registrazione delle attività di audit.



4.2.3 Procedura per la tenuta sotto controllo dei documenti

I documenti richiesti dal MODELLO M.O.G. sono tenuti sotto controllo tramite modalità che assicurano la disponibilità della documentazione ed il suo continuativo aggiornamento laddove si svolgono attività definite attraverso la documentazione medesima.

All'interno dell'organizzazione esistono documenti cartacei ed elettronici. Ciascuno di essi, specificamente legato al MODELLO M.O.G. deve essere elencato **nell' "Elenco dei documenti e registrazioni del MODELLO M.O.G."**, dove saranno indicate anche il Responsabile della registrazione e le modalità della conservazione e distruzione.

Le modalità di gestione della documentazione prevedono i seguenti passi:

APPROVAZIONE ED EMISSIONE DEI DOCUMENTI E DEI DATI	La presenza della documentazione nei luoghi ove necessaria, 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 M.O.G.. Per l'ottenimento di questo fine è stato istituito un "Elenco dei documenti e registrazioni del MODELLO M.O.G." in formato elettronico; inoltre, sulla documentazione in formato cartaceo verranno apposte le firme del personale che ha redatto, verificato e approvato il documento stesso.
REVISIONE	E' stato previsto un indice di revisione che indica lo stato dei documenti in modo da impedire l'utilizzo di documenti superati e 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 M.O.G.. 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	Possibilmente 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 (es. leggi, normative, circolari, ecc.) sono identificati e la loro distribuzione è controllata secondo le modalità sopra indicate.

4.2.4 Procedura per la tenuta sotto controllo delle registrazioni

Le registrazioni sono predisposte per fornire evidenza funzionamento del MODELLO M.O.G. e sono tenute sotto controllo

Sono state stabilite le modalità per la gestione delle registrazioni che assicuri la disponibilità delle registrazioni ed il loro continuativo aggiornamento laddove si svolgono attività definite attraverso le registrazioni medesime.

Come per i documenti, anche registrazioni possono essere cartacee ed elettroniche. Ciascuna di esse, specificamente legata al MODELLO M.O.G. sarà elencata **nell' "Elenco dei documenti e registrazioni del MODELLO M.O.G."** dove sono indicate anche le seguenti informazioni riguardanti le modalità di archiviazione e conservazione (Tempo, Modalità e Luogo di conservazione, modalità di distruzione) Le registrazioni devono rimanere leggibili, facilmente identificabili e reperibili.



5. RESPONSABILITA' DELL'ALTA DIREZIONE

Lo Statuto dell'Organizzazione, assieme all'Organigramma ed al documento che descrive le Funzioni e Mansioni, costituiscono il principale riferimento per la descrizione della struttura organizzativa, dei compiti e delle responsabilità nell'ambito dell'Organizzazione.

5.1 Impegno della direzione

L'Alta Direzione fornisce evidenza del proprio impegno per lo sviluppo e per l'attuazione del Modello M.O.G. e per migliorare in continuo la sua efficacia:

- comunicando all'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti del modello M.O.G. inclusi quelli cogenti;
- stabilendo e promuovendo il Codice Etico di cui al punto 5.3;
- conducendo i riesami periodici del Modello;
- assicurando la necessaria disponibilità di risorse per il suo mantenimento.

5.2 Orientamento alla legalità

L'Alta Direzione assicura che i requisiti di legalità siano determinati e soddisfatti, allo scopo di garantire la soddisfazione dei requisiti del modello M.O.G. anche tramite il Codice Etico di cui al punto 5.3 ed al Sistema Disciplinare di cui al punto 5.5.4

5.3 Codice Etico

L'organizzazione ha predisposto, documentato, tiene aggiornato e diffonde il proprio **Codice Etico**, una sorta di patto nel quale sono formalizzati i diritti, i doveri e le responsabilità dell'organizzazione nei rapporti interni ed esterni e in relazione ai valori e agli obiettivi perseguiti in termini di M.O.G.. Il Codice Etico, che costituisce parte integrante del MODELLO M.O.G. è uno degli elementi predisposti dall'impresa 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 che il Codice Etico:

- a. sia appropriato alle finalità dell'organizzazione e comprenda l'impegno a soddisfare i requisiti ed a migliorare in continuo l'efficacia del MODELLO M.O.G.;
- b. fornisca un quadro strutturale per stabilire e riesaminare gli obiettivi del MODELLO M.O.G.;
- c. sia comunicato e compreso all'interno ed all'esterno dell'organizzazione;
- d. sia riesaminato per accertarne la continua idoneità.

5.4 Pianificazione e Analisi dei rischi

L'Alta Direzione assicura che:

- la pianificazione del MODELLO M.O.G. sia condotta in modo da soddisfare i requisiti di cui al punto 4.1 e da conseguire gli obiettivi del MODELLO M.O.G. stesso;
- l'integrità del MODELLO M.O.G. sia mantenuta quando sono pianificate ed attuate modifiche all'organizzazione ed al sistema stesso.

5.4.1 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e determinazione dei controlli



L'organizzazione ha stabilito, implementato, documentato e mantiene aggiornata una procedura per **l'Analisi dei Rischi di reati Amministrativi**, che si allega e forma parte integrante del modello M.O.G. per l'identificazione puntuale/continua dei pericoli, per la valutazione del rischio di verificarsi le fattispecie di reato previste dal Dlgs 231/2001 e per l'identificazione delle necessarie misure di controllo.

La procedura per l'identificazione del pericolo e la valutazione del rischio ha preso in considerazione :

- i processi e le attività ordinarie e straordinarie che hanno influenza sul MODELLO M.O.G. (inclusi processi riguardanti terzi esterni);
- i comportamenti umani, capacità ed altri fattori umani;
- i pericoli identificati che si sono originati esternamente all'organizzazione, con il potenziale di provocare condizioni di pericolo per l'attuazione del MODELLO M.O.G.;
- i pericoli generati da parte di attività di organizzazioni correlate sotto il controllo dell'organizzazione;
- le strutture, gli impianti e materiali del luogo di lavoro, sia dell'organizzazione sia di terzi;
- eventuali cambiamenti o proposte di cambiamento nell'organizzazione;
- le modifiche nel MODELLO M.O.G. inclusi cambiamenti temporanei, ed i loro impatti nelle operazioni, processi ed attività;
- la legislazione vigente e qualsiasi obbligo legale correlato alla valutazione dei rischi ed all'implementazione delle necessarie misure di controllo;

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

- è definita nel rispetto del fine, della natura e della tempistica, per assicurare che sia preventiva piuttosto che reattiva;
- 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 ed 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 M.O.G..

5.4.2 Gestione del cambiamento

La “Gestione del cambiamento” prevede che ogni cambiamento introdotto nella legislazione, nell’organizzazione, 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;
- verificarsi di gravi violazioni del MODELLO M.O.G.;
- risultanze di investigazioni su violazioni del MODELLO M.O.G..

Dovrà essere resa disponibile l’evidenza delle suddette valutazioni, mediante un “Riesame” straordinario da parte della Direzione.

5.5 Responsabilità, autorità e comunicazione

5.5.1 Responsabilità ed autorità

a) La Direzione ha definito e fornisce evidenza circa deleghe, procure, facoltà, responsabilità e compiti all’interno dell’organizzazione, assicurando che siano coerenti con il MODELLO M.O.G. e adeguati alle responsabilità organizzative assegnate. In particolare, l’organizzazione ha predisposto Organigrammi, Mansionari ed altri documenti operativi atti a fornire le seguenti informazioni:

- relazioni gerarchiche e funzionali tra le varie funzioni dell’organizzazione;
- processi nei quali la mansione è coinvolta;
- attività e compiti tipici della mansione nell’ambito del processo;
- poteri autorizzativi e di rappresentanza (deleghe, procure, facoltà, responsabilità, ecc.).

b) Inoltre la Direzione nell’ambito della gestione dei processi definisce che *“nessuno può gestire in totale autonomia un intero processo aziendale”*.

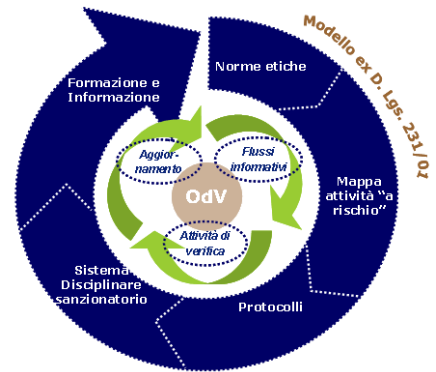
Il sistema di controllo deve verificare se sussistano nell’ente processi che vengano gestiti da un solo soggetto e, provvedere, in tal caso, a porre in essere le necessarie modifiche in modo tale da assicurare il principio di “separazione dei ruoli”.

Tale requisito può essere garantito provvedendo ad assegnare a soggetti diversi le varie fasi di cui si compone il processo ed, in particolare, quella dell’autorizzazione, della contabilizzazione, dell’esecuzione e del controllo.

Inoltre, al fine di garantire il principio di separazione dei ruoli, è opportuno che i poteri autorizzativi e di firma siano correttamente definiti, assegnati e comunicati in modo tale che a nessun soggetto siano attribuiti poteri illimitati.

5.5.2 Organismo di vigilanza

L'Alta Direzione ha istituito un **Organismo di Vigilanza (OdV)**, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, cui ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del MODELLO M.O.G. e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.



L'Organismo di Vigilanza e Controllo:

- è dotato dei requisiti di autonomia e indipendenza;
- possiede adeguata professionalità, anche in materia di organizzazione aziendale e di audit;
- è dotato di risorse adeguate per assolvere alle proprie funzioni;
- può colloquiare alla pari con i vertici dell'organizzazione (senza vincoli di subordinazione gerarchica che possano condizionare l'autonomia di giudizio);
- può richiedere ed acquisire informazioni da e verso ogni livello e settore dell'organizzazione;
- ha potere di accertamento dei comportamenti e proponimento di eventuali sanzioni a carico dei soggetti che non hanno rispettato le prescrizioni contenute nel modello organizzativo;
- può pianificare e condurre l'attività di audit sul MODELLO M.O.G..

L' OdV espleta le seguenti funzioni:

- a. verifica periodicamente la mappa delle mansioni e dei processi a rischio reato al fine di adeguarla ai mutamenti delle attività aziendali;
- b. effettua periodicamente una sistematica e specifica attività di monitoraggio dei processi aziendali a maggior rischio reato,
- c. valuta, in concreto, la reale idoneità del Sistema ovvero la sua attitudine a prevenire i reati;
- d. vigila sull'effettiva e concreta applicazione del Sistema, verificando la congruità dei comportamenti all'interno della società rispetto allo stesso;
- e. valuta la concreta adeguatezza del Sistema a svolgere la sua funzione di strumento di prevenzione di reati;
- f. analizza il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Sistema;
- g. elabora proposte di modifica ed aggiornamento del Sistema volte a correggere eventuali disfunzioni o lacune, come emerse di volta in volta;
- h. verifica periodicamente il sistema di deleghe e procure.

L'OdV è regolamentato in termini di composizione, compiti, poteri e responsabilità dal documento interno **REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA** approvato dall'Alta Direzione aziendale.

5.5.3 Comunicazione interna ed esterna

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

Ognuno delle figure sopracitate deve segnalare entro 48 ore se riscontra anomalie o atipicità nello svolgimento nelle normali attività, con particolare riguardo a quelle che configurano comportamenti difforni dal Codice Etico o dalle disposizioni del MODELLO M.O.G. in generale, nonché di ogni altro reato e/o violazione di altre normative, disposizioni, regole applicabili, anche se sopravvenute.

Per i dipendenti la segnalazione seguirà la via gerarchica, avendo il superiore diretto come riferimento, tranne che lo stesso sia soggetto attivo nella violazione. In tal caso, si salterà un livello gerarchico.

Il ricevente la segnalazione, valutandone la fondatezza, provvederà ad informare l'Alta Direzione e l'OdV. Il mancato rispetto dell'obbligo di segnalazione delle violazioni costituisce grave inadempimento del Sistema Disciplinare più avanti descritto.

5.5.3.1 Obblighi di informazione dell'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 dal **REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA**, in particolare riguardano:

- 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.);
- 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);
- qualsiasi altra informazione rilevante ai fini dell'esercizio dei poteri spettanti all'Organismo di Vigilanza.

L'OdV potrà richiedere ed acquisire dati, informazioni, specifiche operative, modalità di esecuzione/attuazione sulla base di in relazione a criteri che periodicamente determinerà con eventuale indicazione di settori e/o campi specifici.

- L'ODV con cadenza **almeno annuale**, una relazione informativa, relativa all'attività svolta da presentare al Consiglio di Amministrazione;

5.5.4 Sistema Disciplinare

Alla luce dell'art.6 del D.Lgs 231/2001, aspetto importante per l'effettività del Modello M.O.G. adottato per il Sistema per l'Organizzazione, la Gestione ed il Controllo della

Responsabilità Amministrativa e per l'efficacia dell'azione di controllo dell'Organismo di Vigilanza, è la predisposizione di un sistema sanzionatorio per la violazione delle regole di condotta da esso imposte ai fini della prevenzione dei reati previsti dal DLgs 231/01.

A tale proposito è stato predisposto un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle prescrizioni indicate nel Modello M.O.G. con riferimento sia ai soggetti posti in posizione apicale sia ai soggetti sottoposti ad altrui direzione. L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'esito di un eventuale procedimento penale, in quanto le regole di condotta imposte dal Modello M.O.G. sono assunte dalla Società in piena autonomia indipendentemente dall'illecito che eventuali condotte possono determinare.

L'adeguatezza del sistema disciplinare alle prescrizioni del D.Lgs. 231/2001 deve essere costantemente monitorata dall'OdV, al quale dovrà essere garantito un adeguato flusso informativo in merito alle tipologie di sanzioni comminate ed alle circostanze poste a fondamento delle stesse.

L'OdV può proporre all'Alta Direzione l'assunzione di misure disciplinari e ne monitora l'applicazione, ma il potere disciplinare rimane comunque in capo al Presidente del CdA che lo esercita secondo le procedure e le modalità previste dal vigente sistema disciplinare. Le modalità di gestione del sistema disciplinare aziendale non contenute nell'omonimo documento **SISTEMA DISCIPLINARE** approvato dal CdA.

5.5.5 Whistlerblowing

In data 29 dicembre 2017 è entrata in vigore la Legge 30 novembre 2017, n. 179 recante le "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" che è intervenuta sull'art. 54-bis del D. Lgs. n. 165/2001 e sull'art. 6 del D. Lgs. n. 231/2001.

Ai sensi dell'art. 6, comma 2-bis del D.lgs n. 231/2001, ai destinatari del Modello, deve essere reso disponibile un sistema di segnalazione al fine di evidenziare comportamenti illegittimi, sulla base di elementi di fatto precisi e concordanti.

Tali condotte possono riguardare violazioni rispetto a quanto previsto:

- dal D. lgs. 231/2001;
- dal presente Modello 231;
- dal Codice Etico dell'Ente;
- dai documenti interni adottati dall'Ente in attuazione degli stessi (es. procedure e policy).

Valgono, in proposito, le seguenti prescrizioni di carattere generale:

- devono essere raccolte eventuali segnalazioni relative:
 - i. alla commissione, o al ragionevole pericolo di commissione, di reati richiamati dal D.lgs. n. 231/2001;
 - ii. a comportamenti non in linea con le norme di comportamento emanate dall'Ente;
 - iii. a comportamenti che, in ogni caso, possono determinare una violazione del Modello 231;
- il dipendente che venga a conoscenza di una violazione, tentativo o sospetto di violazione del Modello 231, può contattare il proprio diretto superiore gerarchico ovvero, qualora la segnalazione non dia esito o il dipendente si senta a disagio nel rivolgersi al suo diretto superiore per effettuare la segnalazione, utilizzare lo strumento dedicato al seguente link <https://operadoncalabria.integrityline.com> ;
- i partner, i consulenti, i collaboratori esterni, per quanto riguarda i rapporti e le attività svolte nei confronti dell'Ente, possono utilizzare lo strumento dedicato al link sopra detto che si riporta <https://operadoncalabria.integrityline.com> per l'eventuale segnalazione delle situazioni in cui ricevano, direttamente o indirettamente, da un dipendente/rappresentante dell'Ente una richiesta di comportamenti che potrebbero determinare una violazione del Modello 231;
- le persone designate al trattamento agiranno sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo. Il fornitore del servizio di erogazione e gestione

operativa della piattaforma tecnologica utilizzata tratterà i dati in qualità di Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Ue 2016/679;

- al fine di raccogliere in modo efficace le segnalazioni sopra descritte, l'Incaricato al trattamento provvederà tempestivamente e capillarmente a comunicare, a tutti i soggetti interessati, i modi e le forme di effettuazione delle stesse e riferirà all'Organismo di Vigilanza che valuterà discrezionalmente e sotto la sua responsabilità le segnalazioni ricevute e i casi in cui è necessario attivarsi;
- le determinazioni in ordine all'esito dell'accertamento devono essere motivate per iscritto.

L'Ente, al fine di facilitare le segnalazioni, mette a disposizione i seguenti canali comunicativi:

- tramite il seguente link <https://operadoncalabria.integrityline.com>;
- in forma cartacea e riservata, via posta ordinaria, all'indirizzo Via San Zeno in Monte, 123, 37129 Verona, indirizzando le segnalazioni alla cortese attenzione del Responsabile Compliance del Centro Studi Opera Don Calabria con indicazione di non aprire la busta.

La verifica sulla fondatezza delle segnalazioni e le decisioni in merito alla gestione delle stesse sono affidate all'OdV dell'Ente il quale:

- esegue tutte le attività istruttorie (verifica preliminare dell'esistenza dei presupposti, reindirizzamento segnalazioni non di pertinenza);
- valuta le verifiche da compiere, le funzioni da coinvolgere nelle analisi, la richiesta di informazioni aggiuntive o l'eventuale archiviazione;
- garantisce la confidenzialità delle informazioni ricevute, anche in merito all'identità del Segnalante;
- predispose la reportistica periodica riguardante le segnalazioni ricevute.

Le Segnalazioni e la loro relativa istruttoria saranno gestite tramite lo stesso software di segnalazione dedicato a cura degli incaricati al trattamento. Gli stessi avranno cura di informare l'OdV in merito all'avanzamento delle attività.

In caso di eventuali segnalazioni l'Ente garantisce che nessun membro del personale possa subire ritorsioni, discriminazioni o azioni disciplinari per segnalazioni fatte in buona fede, o sulla base di una ragionevole convinzione di violazione, anche solo sospetta.

L'ente garantisce l'anonimato del segnalante e si riserva il diritto di adottare le opportune azioni contro chiunque ponga in essere o minacci di porre in essere atti di ritorsione contro coloro che hanno presentato segnalazioni.

Ai sensi dell'art. 6, comma 2-bis, lettera d), del d.lgs. 231/2001, oltre a quanto disposto al capitolo 5.5.4 "Sistema disciplinare", cui si rimanda, sono previste ulteriori sanzioni "nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rilevano infondate".

5.5.5.1 Sanzioni applicabili ai destinatari delle segnalazioni ("Whistleblowing")

In caso di violazione delle disposizioni normative in materia di whistleblowing al fine di tutelare l'identità del segnalante e lo stesso da eventuali atti di ritorsione o discriminazione, l'Ente potrà applicare le seguenti sanzioni nei confronti delle persone designate al trattamento e dell'OdV.

Nell'ipotesi in cui uno dei membri dell'OdV dovesse violare la riservatezza dell'identità del segnalante, gli altri componenti provvederanno a darne immediata comunicazione al Consiglio di Amministrazione cosicché lo stesso possa procedere con la revoca dell'incarico del membro inadempiente e la conseguente nomina del suo sostituto.

Qualora, invece, venga accertata la violazione della riservatezza dell'identità del segnalante da parte dell'OdV nella sua totalità o di altri incaricati al trattamento, il Consiglio di Amministrazione procederà alla revoca dell'incarico ed alla conseguente nomina dell'intero Organismo e/o dell'incaricato oltre eventuali ed ulteriori previsioni di legge.

5.6 Riesame della Direzione

5.6.1 Generalità

L'Alta Direzione, periodicamente riesamina il MODELLO M.O.G. per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Questo riesame comprende la valutazione delle opportunità di miglioramento e dell'esigenza di modifiche al MODELLO M.O.G.. Sono mantenute registrazioni (vedere punto 4.2.4) dei riesami di direzione.

5.6.2 Elementi in ingresso per il riesame

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

- l'eventuale commissione di reati;
- le risultanze di audit precedenti condotti sia dall'Odv che da soggetti esterni indipendenti;
- l'analisi dei rischi nella sua revisione più aggiornata ed in quella immediatamente precedente;
- le relazioni dell'Organismo di Vigilanza ed eventuali modifiche della normativa vigente;
- 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 M.O.G. in generale;
- azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
- modifiche che potrebbero avere effetti sul MODELLO M.O.G. raccomandazioni per il miglioramento.

5.6.3 Elementi in uscita dal riesame

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

- al miglioramento dell'efficacia del MODELLO M.O.G.;
- al miglioramento ed aggiornamento dei relativi processi in relazione ai requisiti del MODELLO M.O.G. con particolare riguardo all'Analisi dei Rischi di cui al punto 5.4.2;
- alle esigenze di risorse.

6. GESTIONE DELLE RISORSE

6.1 Messa a disposizione delle risorse

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

- a) attuare e mantenere il MODELLO M.O.G. e migliorarne in continuo l'efficacia;
- b) garantire lo svolgimento delle attività dell'OdV;

6.2 Risorse umane

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

L'organizzazione:

- a. fornisce formazione-addestramento o intraprende altre azioni per acquisire la necessaria competenza in particolare sul Dlgs 231/2001 e normative o documenti collegati al tema della Responsabilità Amministrativa;
- b. assicura che il proprio personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi del MODELLO M.O.G.; 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;
- c. mantiene appropriate registrazioni (vedere punto 4.2.4) dell'istruzione, della formazione-addestramento, delle abilità e dell'esperienza.

In fase di assunzione è compito della Direzione garantire, sia in fase di selezione che di sviluppo delle competenze, la coerenza con i profili definiti.

In particolare:

- in sede di selezione iniziale, i requisiti sono verificati attraverso documentazione fornita dal candidato (curriculum, credenziali, titoli). L'assunzione del candidato certifica la presenza dei requisiti definiti; per l'assunzione di personale straniero, **deve essere accertato il possesso di regolare permesso di soggiorno;**
- durante l'utilizzo delle risorse, sono pianificate ed eseguite attività addestramento mediante affiancamento a personale con esperienza;
- al momento dell'accettazione dell'assunzione, il candidato deve accettare e sottoscrivere il Codice Etico Aziendale

6.2.1 Formazione per il Modello M.O.G.

Il personale, a livelli diversi, deve essere opportunamente formato circa i contenuti del D.Lgs. 231/2001 per cui l'Azienda :

- a) fornisce formazione-addestramento o intraprende altre azioni per acquisire la necessaria competenza in particolare sul Dlgs 231/2001 e normative o documenti collegati al tema della Responsabilità Amministrativa;

- b) assicura che il proprio personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi del modello SGQ integrato.; 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;
- c) mantiene appropriate registrazioni dell'istruzione, della formazione-aggiornamento, delle abilità e dell'esperienza.

6.3 Infrastrutture

L'organizzazione ha determinato, fornisce e mantiene le infrastrutture necessarie per conseguire la conformità ai requisiti del MODELLO M.O.G..

Le infrastrutture comprendono, per quanto applicabile:

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

6.3.1 Accesso al Sistema Informatico

Per "sistema informatico" si intende qualsiasi apparecchiatura o rete di apparecchiature interconnesse o collegate, una o più delle quali, attraverso l'esecuzione di un programma per elaboratore, compiono l'elaborazione automatica di dati (si è ritenuto, ad es., che anche un semplice personal computer possa essere considerato un vero e proprio sistema, per la ricchezza dei dati contenuti).

L'accesso ai sistemi e applicativi informatici avviene sulla base di un'opportuna profilazione degli utenti

I criteri con cui sono assegnati i privilegi ed i diritti di accesso alle risorse informatiche e ai dati sono determinati sulla base dell'analisi delle effettive necessità, connesse al tipo di incarico svolto.

E' prevista una revisione periodica dei privilegi concessi finalizzata a garantire che utenti non autorizzati abbiano ottenuto privilegi non di loro spettanza e per il rispetto del principio generale del "need-to-know", cioè ognuno deve avere accesso solo ai dati e applicazioni di propria competenza e necessari per lo svolgimento delle proprie mansioni.

E' vietato

- introdursi abusivamente in un sistema informatico o telematico protetto da misure di sicurezza.
- procurarsi, riprodurre, diffondere, comunicare codici o parole chiave o altri mezzi idonei all'accesso a un sistema informatico o telematico protetto da misure di sicurezza, o comunque fornisca indicazioni o istruzioni idonee al predetto scopo.
- procurarsi, diffondere, un programma informatico (es. virus) con lo scopo di danneggiare illecitamente un sistema informatico o telematico, le informazioni, i dati o i programmi in esso contenuti o ad esso pertinenti, oppure di favorire

l'interruzione (totale o parziale) o l'alterazione del suo funzionamento.

- distruggere, deteriorare, cancellare o rendere inservibili, anche parzialmente, informazioni, dati o programmi informatici altrui. E' aggravante se il fatto è commesso con abuso della qualità di amministratore del sistema;
- distruggere, danneggiare, deteriorare, o rendere inservibili, anche parzialmente, sistemi informatici o telematici altrui (es. virus) ;
- installare/duplicare copie di software non coperto dalle relative licenze al fine di utilizzarle abusivamente su un numero maggiore di terminali;

6.4 Ambiente di lavoro (T.U. 81/231: Articolo 30 - Modelli di organizzazione e di gestione)

L'organizzazione gestisce l'ambiente di lavoro in maniera tale da garantire la conformità ai requisiti del MODELLO M.O.G.. Tutte le specifiche sono riportate nella documentazione in materia di Sicurezza sul lavoro nei Documenti di Valutazione dei Rischi di ciascuna sede operativa.

In particolare Il sistema aziendale assicura:

1. l'adeguamento ai modelli normativi tecnico-strutturali attinenti alle attrezzature, agli impianti, agli spazi di lavoro, agli agenti chimici, fisici e biologici, alle infrastrutture, ai supporti didattici ed educativi e i servizi logistici;
2. le attività periodiche di valutazione dei rischi e la predisposizione delle misure preventive conseguenti;
3. le verifiche ricorrenti sull'applicazione delle procedure e la loro efficacia.
4. le attività di natura gestionale, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
5. le attività di sorveglianza sanitaria;
6. le azioni di informazione e formazione dei lavoratori;
7. gli interventi di vigilanza sul rispetto delle procedure in sicurezza da parte dei lavoratori;
8. l'acquisizione dei fascicoli e certificazioni obbligatorie di legge;

Il Centro Studi – Opera Don Calabria ha nominato un Responsabile per la Sicurezza per ogni sede, ove sono depositati i DVR aggiornati. Il personale effettua la formazione in materia di sicurezza e i controlli previsti dalla normativa vigente curate dai rispettivi R.S.P.P..

Le 2 sedi del Centro Studi – Opera Don Calabria sono: Ferrara “Città del Ragazzo” (Fe e Cento), Termini Imerese e Palermo (Pa).

Sono previsti incontri periodici tra l'Organismo di Vigilanza e gli R.S.P.P. delle sedi con l'obiettivo di mantenere un continuo livello informativo al fine di individuare i punti critici relativamente a particolari rischi. Inoltre con periodicità semestrale ogni R.S.P.P. deve compilare una ceck-list finalizzata all'aggiornamento informativo su tutti gli elementi rilevanti in termini di sicurezza, e la invia all'Organismo di Vigilanza.

6.5 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 (vedi 5.5.1).

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

- a. 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);
- b. imputazione di pagamento, cioè l'individuazione esatta del titolo giustificativo del flusso di pagamento;
- c. la documentazione dei flussi finanziari prevede la registrazione di ogni forma del pagamento (es. contante, bonifico, ecc...) e del contenuto del pagamento (identificazione del soggetto che ha disposto il flusso, da quale disponibilità ha attinto, beneficiario del flusso, causale);
- d. 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 ed alle Deleghe e Procure allo Statuto ed ai vari Regolamenti interni.

7. VALUTAZIONE DEI RISCHI

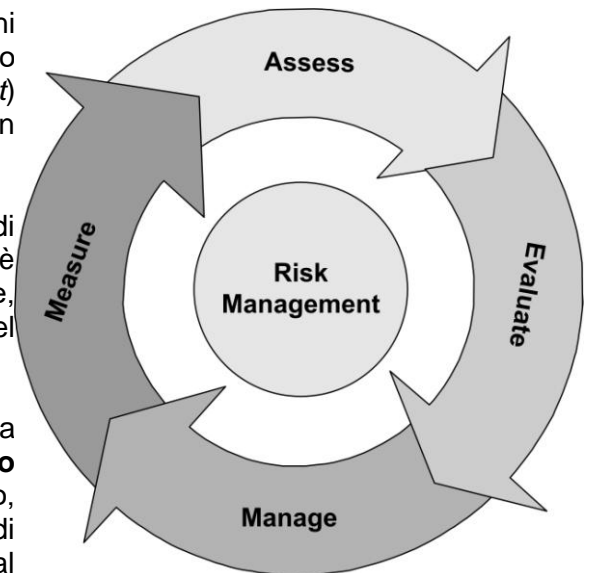
7.1 GENERALITÀ

In senso generale il termine rischio esprime una esposizione all'incertezza. Il rischio è un'entità stimabile in termini economici, qualitativi o quantitativi.

La capacità di identificazione e valutazione dei rischi (*Risk Assessment*) e la capacità di governo dell'intero processo di gestione dei rischi (*Risk Management*) è un elemento di buon governo e quindi di un più probabile successo gestionale.

Ogni azione umana, ed a maggior ragione le attività di business, è soggetta al rischio: il governo del rischio è quindi un tratto distintivo dell'azione imprenditoriale, nonché una componente fondamentale del management.

Realizzare interventi di *Risk Assessment* significa quindi **identificare, analizzare, valutare il rischio** presente nell'ambito aziendale considerato, stimandone il valore e verificandone il livello di accettabilità, in coerenza con i criteri definiti dal management aziendale. Tale valutazione consente di ordinare i vari rischi secondo priorità, onde poter orientare l'attenzione del management e la scelta di soluzioni di gestione.



Tali concetti di base relativi alla valutazione e alla gestione dei rischi aziendali risultano appropriati anche nella analisi dei rischi di commissione dei reati "presupposto" dal Dlgs 231/2001

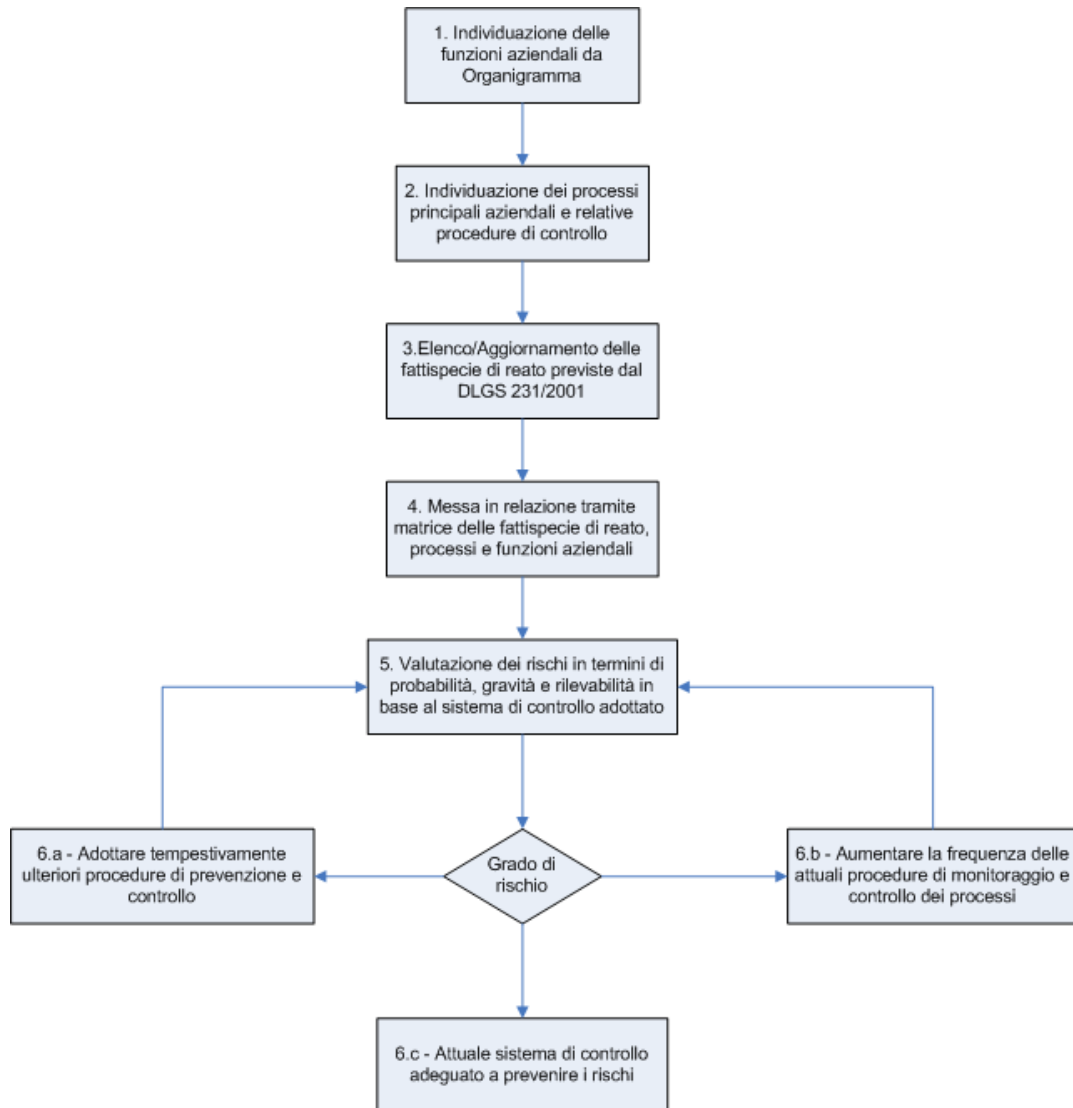
7.2 METODOLOGIA DI LAVORO

Per realizzare la fase di analisi e valutazione dei rischi in relazione alla commissione dei reati contemplati dal D.Lgs. 231 (di seguito "Fattispecie di Reati") all'interno dell'Ente, si sono svolte interviste al personale ed esaminata la seguente documentazione:

- Dati concernenti la sede e le attività svolte;
- Assetto proprietario e documenti costitutivi.
- Organigrammi aziendali e funzioni aziendali (con eventuale mansionario/job description, regolamenti e ordinamenti);
- Sistema organizzativo.

Tutto il lavoro si basa sulla costruzione e sul successivo aggiornamento di una matrice nel quale si sono sintetizzati i dati raccolti in passi successivi riassunti nel grafico seguente

Flusso per la procedura di Valutazione dei Rischi di commissione dei reati secondo il Dlgs 231/2001



Il processo di Analisi e Valutazione del Rischio è monitorato semestralmente, anche in relazione a quanto emerso durante gli AUDIT interni.

8. MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

8.1 GENERALITÀ

La nostra 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 M.O.G.;
- b. assicurare la conformità del MODELLO M.O.G. alla legislazione vigente;
- c. migliorare in continuo l'efficacia del MODELLO M.O.G..

8.2 MONITORAGGIO E MISURAZIONE

8.2.1 Percezione e grado di coinvolgimento delle parti interessate

L'organizzazione monitorizza le informazioni relative alla percezione ed al grado di coinvolgimento delle parti interessate sull'importanza e corretta implementazione del MODELLO M.O.G. tramite **audit interni**, essendo questa una delle misurazioni delle prestazioni del MODELLO M.O.G. stesso.

Per le parti interessate esterne, si potrà ricorrere alla somministrazione di appositi questionari analizzando i quali saranno eventualmente pianificati interventi di sensibilizzazione o, in estrema ratio, delle azioni correttive/preventive.

8.2.2 Audit interno

L'organizzazione, tramite l'OdV e con l'eventuale supporto di terze parti specializzate, conduce ad intervalli pianificati audit interni per determinare se il MODELLO M.O.G. è efficacemente attuato e mantenuto e se risponde alla normativa vigente a cui il Modello di Sistema è riferito. Viene predisposto un "Programma Annuale degli Audit Interni" 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.

8.2.2.1 Competenza e valutazione degli auditor

Preliminarmente ad ogni audit, l'OdV, decide la composizione del Gruppo di Verifica (GdV che può prevedere quindi anche figure esterne al OdV) e ne individua la figura del Responsabile. Tutti i componenti del team dovranno avere esperienza dimostrabile nei settori che dovranno essere valutati

8.2.2.2 Programmazione degli Audit

Gli Audit devono essere preparati adeguatamente e con anticipo rispetto alla loro esecuzione dal GdV 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 GdV 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", 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 un apposito documento.

8.2.2.3 Esecuzione degli Audit

L'Audit interno, 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'Audit 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 GdV spetta il compito di coordinare le attività del gruppo di verifica. L'Audit 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.

8.2.2.4 Rapporto di Audit interno

A conclusione dell'Audit, il GdV deve redigere il "Rapporto dell'Audit Interno", 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:

- il campo dell'audit, particolarmente l'identificazione delle unità organizzative e funzionali o dei processi sottoposti ad audit;
- l'identificazione del responsabile e dei membri del gruppo di audit;
- le date e i luoghi dove sono state eseguite le attività di audit sul posto;
- le persone coinvolte dell'audit;
- le risultanze dell'audit;
- le eventuali non conformità e le relative azioni di miglioramento.

Tale rapporto deve essere consegnato dal responsabile del GdV all' OdV che successivamente lo distribuirà a quanti siano interessati al rapporto stesso, anche non essendo stati direttamente coinvolti nella verifica ispettiva stessa. Le attività successive devono comprendere la verifica delle azioni effettuate ed il rapporto sui risultati della verifica (vedere punto 8.5.2).

8.2.2.5 Richiesta Azioni di Miglioramento

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

8.2.2.6 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, l'OdV 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. 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.

8.2.3 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. Il responsabile del procedimento di valutazione periodica è l'OdV, il quale sulla base della pianificazione delle sorveglianze previste si accerta dell'esistenza di nuove prescrizioni e relativi adempimenti obbligatori per l'organizzazione o dell'opportunità di sottoscrivere altre prescrizioni. L'organizzazione conserva le registrazioni dei risultati delle valutazioni periodiche. La frequenza della valutazione periodica può variare in funzione delle differenti prescrizioni legali.

8.3 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Se un dipendente o un collaboratore (interno od esterno che sia) rileva una non conformità di qualsiasi tipo, la segnala al Dirigente di riferimento, che deve riportare la segnalazione all'OdV e può mettere in atto misure correttive. È, tuttavia, facoltà di dipendenti e collaboratori, qualora sorgano motivi di conflitto o qualora il Dirigente di riferimento non si attivi tempestivamente, richiedere chiarimenti interpretativi, o effettuare segnalazioni di violazione, direttamente e/o all'OdV, che registra l'anomalia indicando l'origine della NC, l'area interessata ed indica se serve adottare azioni atte ad eliminare le NC rilevate e le archivia in modo opportuno, in modo che sia possibile il monitoraggio delle attività di trattamento ed eventuali analisi statistiche sui dati raccolti e la valutazione dei costi, palesi e non, sostenuti dall'organizzazione per la risoluzione delle anomalie.

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

8.4 ANALISI DEI DATI

L'organizzazione determina, raccoglie ed analizza i dati appropriati per dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del MODELLO M.O.G. e per valutare dove possa essere realizzato il miglioramento continuo dell'efficacia del sistema stesso. Ciò comprende i dati risultanti dal monitoraggio e dalla misurazione e da altre fonti pertinenti e fornisce informazioni in merito a:

- a. percezione e grado di coinvolgimento delle parti interessate (vedere punto 8.2.1);
- b. conformità alle prescrizioni legali ed altre (vedere punto 8.2.3);
- c. caratteristiche e tendenze dei processi, comprese opportunità per azioni preventive

8.5 MIGLIORAMENTO

8.5.1 Miglioramento continuo

L'organizzazione migliora in continuo l'efficacia del MODELLO M.O.G. il Codice Etico, i risultati degli audit, l'analisi dei dati, le azioni correttive e preventive ed il riesame di direzione. In particolare Azioni Correttive e Preventive scaturiscono principalmente da rilievi di origine interna o esterna (esempio : audit interni, attività di riesame, attività di monitoraggio e misurazione, analisi dei dati, segnalazioni delle Autorità, monitoraggio della soddisfazione dell'utente, audit effettuati da enti esterni all'azienda).

8.5.2 Procedura di gestione delle Azioni Correttive (Preventive)

Le Azioni Correttive (Preventive) sono le azioni intraprese per eliminare (prevenire) cause di esistenti (potenziali) non conformità da segnalazioni interne o esterne, esiti negativi dei controlli, oltre che ogni situazione indesiderabile rilevata, al fine di prevenirne il ripetersi (verificarsi).

Le azioni correttive (preventive) sono avviate da REA che individua la funzione e/o l'operatore pertinente per l'analisi della causa, a cominciare dal riesame delle non conformità riscontrate. Si verifica l'ipotesi di causa e si individuano le azioni correttive (preventive) da intraprendere. Qualora la funzione e/o l'operatore non sia il diretto esecutore dell'azione correttiva individuata R231 si accerta che:

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

L'azione correttiva (preventiva) comporta una pianificazione di attività, responsabilità e tempi, oltre che una valutazione degli impatti che avrà sugli altri processi aziendali. Le azioni da intraprendere ed i relativi tempi di attuazione sono opportunamente registrate in modo da avere il monitoraggio delle attività di trattamento e la possibilità di effettuare analisi statistiche sui dati raccolti e la valutazione dei costi, palesi e non, sostenuti dall'organizzazione per la risoluzione delle AC/AP. Le Azioni Correttive (preventive) intraprese devono essere di livello appropriato all'importanza dei problemi e commisurate ai rischi relativi.