

 Società Servizi Riabilitativi	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 1 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
							09/07/2024	02



Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa

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

coordinato con il
Sistema di Gestione per la Qualità
UNI EN ISO 9001:2015

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 2 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
	GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000		37001	DATA
							09/07/2024	02

Indice

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche	6
Matrice indicante lo stato di revisione delle sezioni del Manuale.....	7
Premessa	8
0 Introduzione	10
0.1 Generalità e validità.....	10
0.2 Principi di gestione coordinati.....	10
0.3 Approccio per Processi	11
0.4 Integrazione e coordinamento con altri Sistemi di Gestione.....	12
0.5 Modello di cui all’art. 30 del Dlgs 81/08 - Reati di cui all’art. 25 septies	12
1 Presentazione, Scopo e Campo di applicazione	13
1.1 Presentazione dell’Organizzazione e sua mission	13
1.2 Scopo e Campo di Applicazione.....	14
2 Riferimenti normativi.....	14
2.1 Generalità	14
2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto.....	16
3 Termini e definizioni	16
4 Contesto dell’Organizzazione	20
4.1 Comprendere l’organizzazione e il suo contesto	20
4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	37
4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA).....	38
4.4 Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa (SGRA) e relativi processi.....	38
4.4.1 Requisiti relativi alla documentazione	41
4.4.2 Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa	41
4.5 Valutazione del rischio-reato	42
5 Leadership	43

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 3 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
GS 23101:2017					09/07/2024		02	

5.1 Leadership e impegno.....	43
5.1.1 Organo direttivo	43
5.1.2 Alta direzione	44
5.2 Codice Etico e Politica per la Responsabilità Amministrativa	44
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	45
5.3.1 Ruoli e responsabilità.....	45
5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa.....	46
5.3.3 Deleghe nel processo decisionale	47
5.3.4 Organismo di Vigilanza	47
6 Pianificazione.....	51
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	51
6.1.1 Gestione del cambiamento	52
6.1.2 Verifica di conformità.....	53
6.2 Obiettivi per la prevenzione dei reati e pianificazione per il loro raggiungimento.....	54
6.3 Pianificazione delle modifiche.....	55
7 Supporto	56
7.1 Risorse.....	56
7.1.1 Generalità	56
7.1.2 Persone	56
7.1.3 Infrastruttura	56
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	57
7.1.5 Risorse Finanziarie.....	57
7.1.6 Conoscenza organizzativa	58
7.2 Competenza	58
7.2.1 Generalità	58
7.2.2 Processo di assunzione.....	58
7.3 Consapevolezza e formazione	59
7.4 Comunicazione	59

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 4 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
							09/07/2024	02

7.4.1	Flussi informativi verso l'OdV	61
7.4.2	Rapporti tra l'OdV e gli organi societari.....	61
7.5	Informazioni documentate	62
7.5.1	Generalità	62
7.5.2	Creazione ed aggiornamento	62
7.5.3	Informazioni documentate	62
7.5.4	Controllo delle informazioni documentate	63
8	Attività operative	65
8.1	Pianificazione e controllo operativi	65
8.1.1	Definizione dei requisiti contrattuali con clienti/utenti	66
8.1.2	Gestione dei fornitori	66
8.2	Due diligence	67
8.3	Controlli finanziari	67
8.4	Controlli non finanziari.....	68
8.4.1	Generalità	68
8.4.2	Tipo ed estensione del controllo	69
8.4.3	Informazioni ai fornitori esterni	69
8.5	Attuazione dei controlli per la prevenzione dei reati da parte di organizzazioni controllate e soci in affari.....	69
8.6	Impegni per la prevenzione dei reati.....	69
8.7	Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili.....	70
8.8	Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione	70
8.9	Segnalazione di sospetti (Whistleblowing).....	70
8.10	Indagini e gestione delle criticità	73
8.11	Sistema Disciplinare e meccanismo sanzionatorio	75
9	Valutazione delle prestazioni	77
9.1	Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	77

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 5 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
							09/07/2024	02

9.2 Audit interno	78
9.2.1 Competenza e valutazione degli auditors.....	78
9.2.2 Programmazione degli AI	78
9.2.3 Esecuzione degli AI	79
9.2.4 Rapporto di Audit interno.....	79
9.2.5 Valutazione della conformità legislativa	80
9.2.6 Richiesta Azioni di Miglioramento	80
9.2.7 Audit interni non programmati	80
9.3 Riesame di direzione	81
9.3.1 Generalità	81
9.3.2 Riesame da parte dell'alta direzione	81
9.3.3 Output del riesame della direzione	81
9.4 Riesame da parte di RSGRA	82
9.5 Relazione annuale dell'OdV.....	82
10 Miglioramento	83
10.1 Generalità	83
10.2 Non Conformità e Azioni correttive.....	83
10.2.1 Verifica di Efficacia delle Azioni Correttive	84
10.2.2 Riesame delle Azioni Correttive	84
10.3 Miglioramento continuo	85
Tabella di Correlazione con i requisiti di altri standard	86

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 6 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche

Rev.	Data	Descrizione delle principali modifiche	Motivo delle modifiche
00	09/12/2020	Prima emissione	Prima emissione
01	20/02/2023	Modifiche a tutti i capitoli	Miglioramento della terminologia generale
02	09/07/2024	Modifiche alla sez.8	Entrata in vigore del 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".

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 8 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

Premessa

Il Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa presentato nel presente documento è stato realizzato sulla base dello schema **“GS 23101:2017 - Requisiti per la realizzazione di un Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa - SGRA 231”** ed è coordinabile con i requisiti delle norme ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001 (ex OHSAS 18001), SA 8000, ISO 31000, ISO 37001, nelle loro revisioni più attuali (si veda la Tabella di correlazione in fondo al presente documento).

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

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità in sede penale degli enti (organizzazioni), che si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito, a “vantaggio dell’organizzazione”, o anche solamente “nell’interesse dell’organizzazione”, senza che ne sia ancora derivato necessariamente un vantaggio concreto. Quanto sopra vale sia che il reato sia commesso da soggetti in posizione apicale che da soggetti sottoposti all’altrui direzione, inclusi i soggetti non necessariamente in organigramma, come consulenti o procacciatori. La società non risponde, per espressa previsione legislativa (art. 5, comma 2, d.lgs. 231/2001), se le persone indicate hanno agito nell’interesse esclusivo proprio o di terzi.

L’ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli enti e, in definitiva, gli interessi economici dei soci, i quali, fino all’entrata in vigore della legge in esame, non pativano conseguenze “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’insolubilità 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 9 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

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 e laddove sul Modello abbia adeguatamente vigilato un Organismo di Vigilanza.

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 nell’organizzazione aziendale (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 (SGRA) dell’Organizzazione coordinato con il Sistema di Gestione della Qualità, che costituisca anche adozione ed efficace attuazione dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231.

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 10 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

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

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

0 Introduzione

0.1 Generalità e validità

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

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

Il presente SGRA, quindi, deve ritenersi conforme ai requisiti cogenti¹, alle prescrizioni dello stesso Schema GS 23101:2017 e a quelli propri ed adottati dall'organizzazione.

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

0.2 Principi di gestione coordinati

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

- Leadership;
- Partecipazione attiva delle persone;
- Focalizzazione sull'analisi dei rischi reato;
- Approccio per processi;
- Miglioramento;

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 11 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

- 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 SGRA.

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

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

Un vantaggio dell'approccio per processi è che esso consente di tenere sotto continuo controllo² 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 SGRA:

1. Definizione dell'ambiente di controllo
2. Determinazione degli Obiettivi;
3. Identificazione degli eventi che possono pregiudicare o favorire il raggiungimento degli obiettivi;
4. Analisi dei rischi circa il raggiungimento degli obiettivi (SWOT analysis);

² il termine "controllo" ha due distinti significati:

- quello connesso ad attività di verifica della conformità di un prodotto o processo;
 - quello relativo ad attività mirate a tenere sotto controllo, governare, regolare un processo.
- Vedere anche UNI EN ISO 9000.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 12 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 0 INTRODUZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	0,0.1, 0.2,0.3, 0.4						09/07/2024	02

5. Strategie di Risposta al rischio;
6. Definizione ed attuazione dei controlli operativi;
7. Definizione ed attivazione dei flussi di comunicazione ed informazione;
8. Monitoraggio.

0.4 Integrazione e coordinamento con altri Sistemi di Gestione

Il presente SGRA, già coordinato con il Sistema di Gestione Qualità (ISO 9001), è stato realizzato con l'intento di favorire l'eventuale 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) e di Responsabilità Sociale (es. SA 8000).

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

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 13 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

1 Presentazione, Scopo e Campo di applicazione

1.1 Presentazione dell'Organizzazione e sua mission

L'organizzazione offre Prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari ai sensi dell'art. 26 della legge 833/78 convenzionate col sistema sanitario regionale.

In particolare il servizio di riabilitazione ex art. 26 L.833/78 consiste in attività di recupero e rieducazione funzionale attraverso un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità per gli utenti adulti e minori. Se il paziente interessato si trova in età evolutiva, un corretto approccio richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico. Le attività sono organizzate in tre aree, ove si opera prevalentemente sull'acquisizione (abilitazione) e recupero (riabilitazione) delle abilità relazionali, cognitive e motorie. Le attività possono essere in regime ambulatoriale o domiciliare.

Denominazione sociale e Forma Giuridica:

SOCIETÀ SERVIZI RIABILITATIVI S.p.A. a socio unico

Cod. fiscale/P. iva: 02546920832 Num. R.E.A.: ME-177884 Atto di costituzione: 2000

Sede legale, amministrativa ed operativa principale (presidio ambulatoriale):

98125 Messina - Via Stazione Contesse n. 63

recapiti telefonici: 090622109 - 0906783589 fax: 090625256

e-mail: srsrpa@ssrme.it - sssr.spa@pec.ssrme.it - pmagaudda@ssrme.it

sito internet URL www.ssrme.it

Patrimonio e finanze:

Capitale sociale in euro: 120.000,00. Capitale interamente detenuto da Consorzio di cooperative sociali Sisifo

Sedi operative:

MESSINA Via Stazione Contesse, 63 – 98125, tel. 090/6783589 fax 090625256

BARCELLONA P.G. (ME) Via Caduti Sul Lavoro , 37 – 98051 tel. 090/9799869 fax. 090/9707759

CAPO D'ORLANDO (ME) contr. Santa Lucia – 98071 tel. 0941/913280 fax. 0941/903155

NIZZA DI SICILIA (ME) contr. Olivarella, snc – 98026 tel. 0942/701036 fax. 0942/716669

PATTI (ME) Via Santo Spirito , Snc – 98066 tel. 0941/240154 fax. 0941/243263

VILLAFRANCA TIRRENA (ME) Via S. Quasimodo, snc – 98049 tel. 090/336879 fax. 090/9033539

MISTRETTA (ME) C.da Neviera snc - 98073 tel. e fax 0921/766266

LIPARI (ME) Via San Giorgio snc – 98055 tel. e fax 090/3353002

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 14 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

Accreditamenti istituzionali regionali:

D.D.G. 1054/2014 del 03/07/2014 (per sedi operative: Messina, Barcellona P.G., Patti) – D.D.G. 1232 del 05/08/2014 (per sedi operative: Capo d'Orlando e Nizza di Sicilia) – D.D.G. 154 del 04/02/2015 (per sede operativa: Villafranca Tirrena) – D.D. 2099/2016 del 02/11/2016 (per sede operativa: Mistretta) – D.D.G. n.724 del 24/04/2018 (per sede operativa: Lipari)

Mission dell'organizzazione

- Assolvere con qualità e professionalità la domanda di servizi sanitari e socio assistenziali;
- Tutelare e migliorare le professioni dei dipendenti e collaboratori, tramite corsi di aggiornamento con esperti riconosciuti nel settore di riferimento;
- Garantire le condizioni migliori ai propri dipendenti e collaboratori, per la loro sicurezza economica e di welfare, legato all'ambiente di lavoro ed alla famiglia;
- Assicurare efficacia nelle azioni che si compiono per il miglioramento continuo dell'attività, applicando e sperimentando metodi all'insegna della trasparenza e della qualità;
- Diffondere ai propri stakeholder valori condivisi di responsabilità sociale.

1.2 Scopo e Campo di Applicazione

Lo scopo del presente documento è quello di costituire uno strumento di riferimento per l'implementazione efficace del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (SGRA) dell'Organizzazione, che costituisca anche adozione ed efficace attuazione dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo e di tutti gli adempimenti di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 e di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08, nonché di specificare i requisiti di un sistema di gestione per la qualità, fornendo con regolarità i propri servizi che soddisfano i requisiti del cliente e i requisiti cogenti applicabili e mirando ad accrescere la soddisfazione del cliente tramite l'applicazione efficace del sistema.

Il presente SGRA è stato realizzato per essere applicato a tutti i processi e le sedi aziendali, oltre che a tutto il personale e/o collaboratori e, comunque, chiunque entri in relazione con l'Organizzazione.

È, inoltre, intento dell'Organizzazione che possa essere esteso indistintamente ad ogni eventuale organizzazione controllata ed anche partecipata (per queste ultime, quantomeno nei limiti del Codice Etico).

2 Riferimenti normativi

2.1 Generalità

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 15 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

- 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”
- 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”;
- 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;
- D. Lgs 39/2013 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”;
- D. Lgs. 165/2001 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, in particolare per quanto concerne gli incarichi extraistituzionali e il divieto di pantouflage di cui all’art. 53;
- D.P.R. 62/2013 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”;
- Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n° 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” (testo unico della privacy) e successivi aggiornamenti;
- 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)”;
- Dlgs 81/08, art. 30 e DM 13/02/2014 (Modelli Organizzativi per la Sicurezza sul Lavoro e Procedure Semplificate)
- “GS 23101:2017 - Requisiti per la realizzazione di un Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa - SGRA 231”

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 16 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

- “ERMES - Enterprise Risk Management Evaluation Series (Analisi dei Rischi per un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01 ed Analisi dei rischi ed opportunità per il Sistema di Gestione per la Qualità)”, nella sua revisione più attuale;
- GS 23101-3 “Tabella Reati_Illeciti Presupposto Responsabilità ex Dlgs 231_01 con sanzioni e riferimenti alle fonti”, nella sua revisione più attuale;
- Linee Guida Confindustria;
- Regolamenti interni e Statuto dell’Organizzazione;
- Ogni altro riferimento normativo citato nel presente documento.

2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto

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

3 Termini e definizioni

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

Termine	Definizione
AD	Alta Direzione: Consiglio di Amministrazione.
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 di gestione 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 17 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

Termine	Definizione
Codice Etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti dei soggetti terzi interessati quali dipendenti, Clienti, Fornitori, ecc. e finalizzati a promuovere, raccomandare o vietare determinati comportamenti al di là e indipendentemente da quanto previsto a livello normativo.
Conflitto di interessi	Situazione, 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 certificati 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 18 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

Termine	Definizione
Organizzazione	L'Ente per come definito dal Dlgs 231/01: Gruppo, società, azienda, impresa, ente o istituzione, ovvero loro parti o combinazioni, informa associata o meno, pubblica o privata, che abbia una propria struttura funzionale e amministrativa. Nel caso specifico, " SSR S.p.A. ".
Organo di vigilanza e controllo	L'Organismo di cui all'art. 6 comma 1 lett. b) del D.Lgs 231/01.
Parte interessata (<i>stakeholder</i>)	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.
RSGRA	Responsabile del SGRA
Riesame	Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia a conseguire gli obiettivi prestabiliti.
Rischio	Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del Dlgs 231/01 e s.m.i.
Rischio accettabile	Rischio che può essere ridotto ad un livello che può essere tollerabile per l'organizzazione con riferimento agli obblighi di legge e a quanto espresso nel SGRA, ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non FRAUDOLENTEMENTE

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 19 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 1-2-3 SCOPO E CAMPO DI APP. RIFERIMENTI NORMATIVI, DEFINIZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	45001	18001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	1, 2, 3						20/02/2023	01

Termine	Definizione
SGRA	Acronimo che identifica il Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa.
SGQ	Acronimo che identifica il Sistema di gestione per la qualità
Sistema disciplinare (SD)	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2 lett. e) del D.Lgs 231/01
Socio in affari	Parte esterna con cui l'organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale.
Soggetti in posizione apicale	I soggetti di cui all'art. 5 lett. a) del D.Lgs 231/01.
Soggetti sottoposti all'altrui direzione	I soggetti di cui all'art. 5 lett. b) del D.Lgs 231/01.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 20 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

4 Contesto dell'Organizzazione

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

La S.S.R. S.p.a. è nata nel 2000 come società di scopo, a partecipazione capitalistica mista, costituita dall'A.S.L. di Messina, ora A.S.P., socio di maggioranza, e da tre cooperative sociali (cooperativa TESEOS, cooperativa OBIETTIVO SALUTE E LAVORO e cooperativa RIGENERA) con lo scopo principale di gestire, quale Ente strumentale dell'Azienda pubblica, le attività socio-sanitarie di riabilitazione funzionale, domiciliare ed extra-murale.

Tra il 2013 e il 2014 l'Organizzazione ha proceduto ad una rimodulazione della compagine societaria, in quanto la quota del socio pubblico ASP è stata acquisita dal Consorzio di cooperative sociali Sisifo, con conseguente trasformazione gestionale-organizzativa. È stata infatti acquisita dalla società, in convenzione con l'ASP, la gestione globale dei servizi di riabilitazione funzionale, per cui l'organizzazione si è dotata di personale proprio, dipendente ed a collaborazione, e di ambulatori direttamente gestiti, provvedendo all'accREDITAMENTO regionale al Servizio Sanitario Regionale.

Da agosto 2014, la società opera secondo le nuove modalità nei locali di via Stazione Contesse 63, Messina, in cui coesistono uffici di direzione ed amministrativi, nonché ambulatorio minori ed adulti: da allora, progressivamente, sono state attivate ulteriori 7 sedi operative distribuite in provincia per assicurare la migliore gestione dell'utenza non cittadina.

Il servizio di riabilitazione ex art. 26 L.833/78 consiste in attività di recupero e rieducazione funzionale attraverso un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità per utenti, adulti e minori, che includono prestazioni quali: logopedia, neuro-psicomotricità, psicoterapia, pedagogia, terapia occupazionale, kinesiterapia/rieducazione neuromotoria

Alla propria utenza sono inoltre offerte: consulenze diagnostico-terapeutico-valutative (scuola, famiglia, equipe riabilitativa), servizi informativi di servizio sociale e sostegno psicologico.

SSR, dunque, svolge le seguenti attività:

- Centri di riabilitazione mediante istituzione; promozione; organizzazione in proprio di servizi sanitari, sanitari residenziali, extra murali e domiciliari e semi-residenziali, per soggetti diversamente abili fisici e/o psichici; anziani; tossicodipendenti con specifico riferimento al campo della riabilitazione ed extra murale con progetti di alta specialità presso scuola, enti pubblici e privati, appositamente realizzati al bisogno.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 21 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- Attività ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale mediante la creazione di ambulatori di medicina specialistica per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.
- Organizzazione e gestione di servizi di assistenza e cura specialistica riabilitativa domiciliare e/o extramurale presso ospedali, case di cura di riposo, strutture riabilitative ospedaliere 2° e 3° livello, centri di risveglio e riabilitazione per gravi medullose, idrokinesiterapia, terapie termali e riabilitative, pet therapy, cibernetica applicata alla riabilitazione, rieducazione, recupero, reinserimento nell'ambito delle attività riabilitative di soggetti disabili
- Tutte le attività inerenti le prestazioni qualificate ai sensi del diritto sanitario come "riabilitazione" nonché prestazioni di servizi ad immediato supporto delle attività summenzionate.
- Istituzione, gestione e realizzazione di corsi di orientamento scolastico professionale di qualificazione, nonché corsi di formazione e aggiornamento del personale; condivisione ed organizzazione di attività per la formazione in partenariato con strutture universitarie di ricerca private e pubbliche; corsi di formazione per disabili e laboratori protetti; sviluppo di progetti di riabilitazione con e presso strutture pubbliche e private.
- Prestazione di home care sia di livello territoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale, attività sanitaria e socio infermieristica territoriale, attività sanitaria e socio sanitaria domiciliare) sia a livello di assistenza ospedaliera a domicilio.
- Ogni attività connessa ed affine a quelle sopra elencate.

Governance societaria e organigramma aziendale

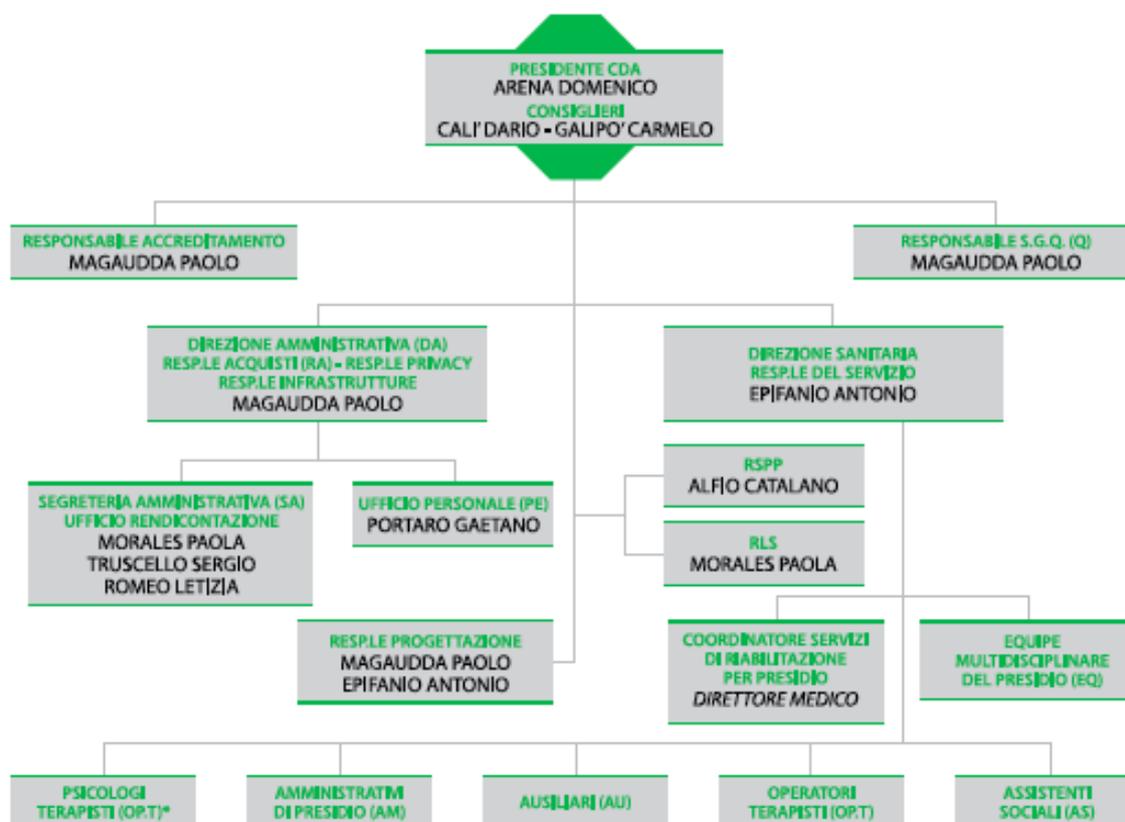
La società è organizzata in forma di società per azioni e gestita, in atto, da un Consiglio di Amministrazione composto da n° 3 elementi, e controllata da un Collegio Sindacale composto da n° 5 elementi di cui 3 effettivi e 2 supplenti.

Per quanto riguarda i poteri gestori e di controllo del CdA e del Collegio Sindacale, si rimanda a quanto previsto dallo Statuto che si intende integralmente richiamato.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 22 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2.7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7,2,7.3, 7,4,7.5		20/02/2023	01

Procura speciale al Direttore Amministrativo risulta conferita per tutti gli atti propedeutici e comunque necessari, connessi e/o dipendenti, ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento istituzionale da parte dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia.

L'azienda gode dalla certificazione UNI EN ISO 9001 e sulla base del sistema di qualità adottato si è organizzata come di seguito.



Attualmente il governo della Società è affidato ad un Consiglio di Amministrazione composto da tre membri il cui Presidente ha la rappresentanza di fronte ai terzi e in giudizio.

Fermo restando quanto sopra, vengono di seguito descritte nel dettaglio ruoli e responsabilità che ciascuna funzione dell'organigramma, nel rispetto del contratto di lavoro applicabile, dello statuto e dell'assetto organizzativo definito e/o dell'incarico professionale ricevuto, ha soprattutto rispetto al raggiungimento degli obiettivi per la qualità dell'Organizzazione, premettendo che tutti indistintamente direttivi, amministrativi ed operativi, sono chiamati ad apportare il proprio contributo per il buon andamento della società.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 23 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2,7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

DIREZIONE GENERALE (DG)

Alla DG spetta la responsabilità primaria di gestire, secondo le indicazioni e strategie definite dal C.d.A., in maniera integrata, la politica gestionale dell'Organizzazione nel suo complesso, assicurandone la competitività attraverso le scelte di servizi/mercato e la redditività attraverso l'ottimizzazione delle risorse.

La DG ha il compito di assicurare una struttura capace di analizzare le necessità degli stakeholders (azionista/proprietà, enti pubblici/clienti di riferimento, utenti dei servizi, fornitori, dipendenti, comunità e autorità di riferimento, etc...) ed organizzarsi affinché i processi aziendali abbiano le capacità intrinseche di soddisfarle, individuando modi e tempi per il controllo dei servizi e delle prestazioni e il loro progressivo miglioramento.

Lo **STAFF DI DIREZIONE** comprende oltre alla Direzione generale le seguenti funzioni:

- RESP.LE ACCREDITAMENTO
- DIREZIONE SANITARIA (DS)
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA (DA) - RESPONSABILE ACQUISTI (RA)
- RESPONSABILE DEL SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ (RQ)

II COMPARTO TECNICO OPERATIVO comprende:

sotto il coordinamento della DG:

⇒ RSPD E RESP.LE PRIVACY

⇒ RESP.LE PROGETTAZIONE (RP)

sotto il coordinamento della DA:

⇒ SEGRETERIA AMMINISTRATIVA (SA)

⇒ UFFICIO PERSONALE (PE)

Sotto il coordinamento della DS:

⇒ COORDINATORE SERVIZI DI RIABILITAZIONE PER PRESIDIO (CSR) e

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DI PRESIDIO (EQ)

⇒ ASSISTENTI SOCIALI (AS)

⇒ OPERATORI TERAPISTI (OPT)

⇒ PSICOLOGI (PS)

⇒ OPERATORI AUSILIARI (AU)

⇒ AMMINISTRATIVI DI PRESIDIO (AM)

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 24 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

DIREZIONE GENERALE – RESP.LE COMMERCIALE

La Direzione generale, quale Rappresentante legale della società e Responsabile commerciale, con la collaborazione di DA e DS assicura le seguenti attività:

- cura l'interfaccia commerciale/contrattuale con il Committente e con eventuali partner ed enti collaboratori;
- riesamina ed approva la Carta dei servizi della società e le comunicazioni ufficiali sui contenuti del servizio, modalità di accesso ecc;
- seleziona i Bandi di gara di interesse per l'Organizzazione;
- controlla ed approva la documentazione relativa all'offerta/progetto relativa al servizio ed alle convenzioni con le Autorità Sanitarie;
- identifica le risorse necessarie all'erogazione del servizio, assicura la messa a disposizione del personale e approva la formazione opportuna per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- assicura le risorse infrastrutturali richieste dai servizi offerti e cura con il Resp.le accreditamento la documentazione da presentare alle autorità competenti per l'istanza e gli aggiornamenti relativi;
- valuta i dati di ritorno della soddisfazione del cliente e promuove interventi di miglioramento dei livelli di qualità percepita.

RESP.LE ACCREDITAMENTO

Il Resp.le accreditamento collabora con la Direzione generale per tutto quanto riguarda l'accreditamento regionale e si occupa in particolare di:

- curare l'istanza e l'aggiornamento dei dati relativi;
- assicurare le comunicazioni necessarie alla stessa pratica;
- essere l'interfaccia dell'Ente accreditante per tutto quanto riguarda l'iter di accreditamento;
- raccogliere la normativa di riferimento ed assieme alla DG ed al RSPP valutare il livello di adeguamento alla stessa;
- proporre alla DG eventuali azioni da intraprendere per la soddisfazione della stessa normativa.

DIREZIONE SANITARIA (DS)

La Direzione sanitaria è resp.le della qualità dei servizi di riabilitazione ed assicura in particolare le seguenti attività:

- analizza il contesto dell'organizzazione e definisce le parti interessate, i rischi e le opportunità significativi per il SGQ

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 25 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2,7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- valuta i rischi per la qualità e definisce il Piano di gestione dei rischi a garanzia del raggiungimento degli obiettivi
- collabora con la Direzione generale all'elaborazione ed aggiornamento degli obiettivi per la qualità e della Carta dei servizi;
- collabora con la Direzione generale al riesame periodico del Sistema, in particolare per la valutazione degli indicatori di processo;
- collabora con la Direzione generale nella gestione dei rapporti con gli enti committenti e collaboratori;
- gestisce con la Direzione generale i rapporti con l'utenza e le comunicazioni formali con la stessa;
- analizza i bisogni dell'utenza e promuove eventuali azioni di miglioramento dei servizi sulla base di quanto riscontrato;
- collabora con DG e DA nell'analisi del fabbisogno formativo del personale interno e del livello di conoscenza organizzativa atteso, predisponendo di conseguenza il Piano formativo annuale;
- definisce con DG e DA i requisiti di affidabilità per la valutazione interna del personale e dei collaboratori, assicurando la valutazione periodica;
- emette circolari, disposizioni di servizio, istruzioni e linee guida a favore del corretto espletamento dei servizi;
- controlla e verifica, con la collaborazione dei CSR, la corretta esecuzione di trattamenti/prestazioni, lo sviluppo, l'attuazione e l'andamento dei progetti terapeutico-riabilitativi;
- verifica la corretta gestione della cartella dell'Utente e di tutta la documentazione sociosanitaria prodotta dall'organizzazione;
- supervisiona i servizi riabilitativi svolti presso i singoli presidi di riferimento e negli stessi effettua periodicamente controlli a garanzia dei livelli di qualità del servizio definiti;
- verifica in collaborazione con il RSPP le condizioni igienico-sanitarie e di ospitalità delle strutture ambulatoriali gestite, segnalando eventuali anomalie e criticità alla DA;
- verifica l'adeguatezza dei supporti tecnico-scientifici necessari all'espletamento delle prestazioni e garantisce l'eventuale azione di ricerca, studio ed integrazione degli stessi;
- verifica l'aggiornamento dell'elenco leggi e normative di settore per i servizi riabilitativi, promuovendo la diffusione presso il personale per quanto di interesse ai fini dell'aggiornamento continuo;
- gestisce in collaborazione con DG e DA eventuali reclami e contestazioni relative al servizio;
- verifica in collaborazione con DA ed il resp.le PE i requisiti del personale operativo impegnato nel servizio, incluso il rispetto dell'obbligo formativo ECM, ove prescritto;
- verifica il rispetto da parte degli operatori di regolamenti interni di comportamento e di codici deontologici applicabili;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 26 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5						7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023

- verifica con il supporto della segreteria amm.va le rendicontazioni contabili da inviare al Committente;
- collabora con il Responsabile per la Privacy in qualità di Resp.le garante dei diritti di informazione dell'utenza alla verifica del corretto trattamento dei dati personali e sensibili dell'utenza da parte del personale e dei collaboratori;
- propone alla DG azioni correttive e/o di miglioramento del servizio offerto.

DIREZIONE AMMINISTRATIVA (DA) - RESPONSABILE ACQUISTI (RA)

Il Responsabile di detta funzione assicura le seguenti attività:

- collabora con DG nella definizione di priorità di spesa e possibili investimenti da sottoporre all'approvazione del Consiglio di amministrazione della società;
- partecipa alla valutazione dei rischi per la qualità e alla definizione il Piano di gestione dei rischi a garanzia del raggiungimento degli obiettivi
- collabora con la Direzione generale all'elaborazione ed aggiornamento degli obiettivi per la qualità e della Carta dei servizi;
- cura la tenuta della contabilità interna ed effettua le relative verifiche;
- controlla l'efficienza dei servizi amministrativi e di segreteria e la corretta gestione dei documenti di servizio;
- definisce d'accordo con DG i criteri di valutazione dei fornitori da qualificare;
- seleziona e valuta i fornitori insieme alla DG;
- aggiorna l'elenco dei fornitori qualificati con la collaborazione del personale di segreteria;
- tramite la SA cura la preparazione delle richieste di offerta da inviare ai fornitori;
- elabora, in collaborazione con DG, i contratti di acquisto per l'approvvigionamento di prodotti e servizi e li invia ai fornitori qualificati;
- riceve le richieste di materiale dai Responsabili del servizio e/o AS di presidio e provvede ad acquisti e consegne;
- assicura il rispetto dei tempi di consegna dei materiali e dei documenti da parte del fornitore;
- assicura l'inventario di strumenti ed attrezzature della società;
- verifica ed approva le rendicontazioni contabili da inviare al Committente;
- sottopone a Q i suggerimenti circa modifiche, miglioramenti o innovazioni da apportare nel processo di approvvigionamento ritenuti necessari per il conseguimento degli obiettivi di miglioramento della qualità;
- attua la risoluzione delle Non Conformità di propria competenza.

RESPONSABILE SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (RQ)

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 27 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2,7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

La DG della S.S.R. S.p.A. ha ritenuto utile identificare un Responsabile della Qualità che in affiancamento alla Direzione assicura le attività seguenti:

- analizza il contesto dell'organizzazione e definisce le parti interessate, i rischi e le opportunità significativi per il SGQ;
- valuta i rischi per la qualità e definisce il Piano di gestione dei rischi a garanzia del raggiungimento degli obiettivi;
- sviluppa e mantiene aggiornati i supporti documentali ritenuti necessari alla definizione ed attuazione del Sistema di Gestione Qualità (Manuale, Procedure);
- gestisce le informazioni interne sul SGQ e la diffusione dei documenti strategici, coinvolgendo in maniera interattiva tutte le Funzioni dell'organizzazione nei momenti di verifica e valutazione;
- verifica l'attuazione del SGQ mediante Audit interni sistematici, condotte direttamente e con la collaborazione della DS e/o di consulenti esterni appositamente incaricati;
- verifica che i servizi erogati dalla società siano rispondenti ai requisiti di Qualità espressi sia da esigenze (manifeste e non) interne che esterne e che siano rispondenti a tutti i requisiti delle norme applicabili;
- attiva iniziative di miglioramento del Sistema di Gestione Qualità attraverso lo sviluppo di azioni correttive, impostando il processo di miglioramento, prevalentemente, sulla "Prevenzione" delle non Conformità;
- prepara, con la DS tutti i documenti necessari ad effettuare il riesame del SGQ;
- provvede all'organizzazione di sessioni di formazione/addestramento del personale per l'implementazione e l'aggiornamento del Sistema di Gestione Qualità.

RSPP

La DG in qualità di datore di lavoro ha scelto di nominare un fornitore qualificato per la funzione di RSPP. Questi, con la collaborazione dei preposti individuati per le singole sedi e del DA, assicura:

- gestione degli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e prevenzione infortuni, in particolare valutazione dei rischi, prescrizioni di comportamento, ecc
- gestione della formazione/informazione dei lavoratori sui rischi legati alla mansione assegnata ed ai luoghi di lavoro
- verifica dei requisiti del personale incaricato di specifiche funzioni in materia di sicurezza
- controllo delle attività di gestione e manutenzione delle infrastrutture della società e dei relativi impianti.

RESP.LI PRIVACY

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 28 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

La società emette e mantiene aggiornato apposito organigramma per le figure individuate in conformità alla normativa sul trattamento dei dati personali e modello organizzativo a cui si rimanda per tutte le specifiche in materia.

RESPONSABILE DELLA PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO (RP)

Resp.le della progettazione del servizio è lo staff di Direzione DA e DS che può avvalersi di collaboratori interni e/o esterni a secondo delle attività/servizi da progettare.

Lo staff di progettazione è responsabile:

- dell'analisi del fabbisogno in merito ai servizi da proporre all'utenza, a servizi innovativi o integrativi di quelli già attivi, modifiche ai progetti generali di servizio, individuazione di opportunità di progettazione con partner del settore e per la partecipazione a bandi pubblici;
- dello sviluppo della progettazione (pianificazione, riesame e verifica) entro i termini prefissati dal bando di gara o concordati direttamente con la DG;
- di predisporre il progetto di massima o proposta operativa per lo specifico servizio, definendo i requisiti dello stesso, destinatari, tempi di esecuzione, risorse umane e strutturali dedicate al servizio, modalità di verifica adottate (autovalutazione);
- di predisporre l'eventuale progetto di dettaglio e si occupa delle modifiche o aggiornamenti richiesti dal Committente o dalla Direzione, assicurandone le opportune registrazioni;
- di elaborare il Progetto esecutivo all'accettazione della proposta operativa del Committente, secondo quanto dallo stesso richiesto ed assicura con la Direzione l'invio, entro i termini prescritti, di tutta la documentazione richiesta per il perfezionamento della convenzione/commissa;
- di coordinare l'attivazione dei progetti e verificarne lo stato di attuazione;
- di curare la gestione di eventuali modifiche al progetto;
- di assicura la validazione della progettazione, definendone modalità, tempi ed eventuali altre funzioni coinvolte e coordinando l'attuazione delle attività previste.

Resp.le della progettazione intesa quale personalizzazione del servizio riabilitativo per il singolo utente (minore o adulto) è il Coordinatore / Resp.le medico di Presidio con l'equipe multidisciplinare di riferimento.

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA (SA) – UFFICIO RENDICONTAZIONE

Il personale con questa funzione risponde alla Direzione amministrativa e svolge le seguenti attività:

- raccoglie e verifica la documentazione relativa al servizio proveniente dai diversi presidi;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 29 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7.7.1.7.1. 1.7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- verifica la corrispondenza delle registrazioni ufficiali delle prestazioni effettuate, riportate sul software gestionale in uso, alla documentazione cartacea prodotta, assicurando eventuali correzione e predisponendo i report di rendicontazione da trasmettere all'Ente committente ASP;
- gestisce il protocollo delle comunicazioni esterne ufficiali;
- collabora con DS e DA nella gestione delle comunicazioni da e per i presidi;
- riceve le richieste di materiale dai referenti dei servizi e collabora con RA nella gestione degli approvvigionamenti, consegnando i materiali acquistati alle funzioni richiedenti;
- collabora con RA nella valutazione e sorveglianza sui fornitori;
- collabora alla raccolta dei reclami della clientela, consegnandone le registrazioni al Resp.le SGQ per la gestione;
- attua la risoluzione delle Non Conformità di propria competenza.

SEGRETERIA GENERALE - REFERENTE UFFICIO PERSONALE (PE)

Il personale amministrativo con questa funzione è previsto in carico nella sede centrale e collabora con la Direzione amministrativa, svolgendo in particolare le seguenti attività:

- cura la gestione amministrativa del personale (raccolta e monitoraggio permessi, ferie, assenze per malattia, ecc.);
- assicura la gestione dell'archivio fascicoli individuali del personale, curando in particolare la conservazione e l'aggiornamento di attestazioni e certificati di studio, formazione e competenze delle risorse professionali con obbligo di ECM;
- assicura la disponibilità di dati sul tasso di presenza del personale;
- assicura l'invio delle rendicontazioni mensili delle presenze del personale al Consulente.

COORDINATORE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE PRESSO IL SINGOLO PRESIDIO (CSR)

In ogni presidio è identificato il Coordinatore Resp.le del servizio di riabilitazione o Direttore Medico, per specifico ambito "Area minori" ed "Area adulti". Detti Responsabili, sulla base delle indicazioni e prescrizioni di servizio dettate dalla Direzione sanitaria ed in collaborazione con la stessa, assicurano la pianificazione ed erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

In particolare il Resp.le di questa funzione assicura le seguenti attività:

- valuta, con il supporto dell'EQ di riferimento, la possibilità dell'accettazione incarico per singolo utente, in base alla specificità del progetto riabilitativo (PRI) prescritto dall'ASP e la disponibilità dei propri operatori;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 30 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7.7.1.7.1. 1.7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- assegna in fase di pianificazione l'Operatore Terapista (OP.T) o gli Operatori al singolo utente, secondo criteri definiti e provvede a consegnare al terapeuta copia del PRI dell'utente assegnato, concordando le modalità di attuazione del percorso di riabilitazione;
- in caso di non disponibilità di operatori per lo specifico incarico, tramite l'Assistente sociale o personale di amministrativo, a disposizione nel presidio, verifica che venga inserito l'utente nella lista d'attesa;
- assieme agli operatori terapisti, è responsabile della corretta conservazione ed archiviazione delle cartelle personali degli Utenti e della relativa gestione dei dati su supporto informatico e cartaceo;
- con la collaborazione dell'Assistente sociale, gestisce le comunicazioni con utente e famiglia in merito al P.R.I., raccoglie eventuali reclami degli Utenti e collabora per la loro risoluzione;
- comunica periodicamente alla DS le specificità dell'utenza in carico al presidio gestito, collaborando con la stessa alla formulazione della pianificazione annuale delle attività;
- collabora con il Resp.le Q per la rilevazione della Soddisfazione del Cliente-Utente e del Committente;
- verifica nelle riunioni periodiche dell'EQ lo stato di avanzamento degli interventi per il singolo Utente ed il relativo raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- verifica le relazioni periodiche degli operatori terapisti sugli utenti;
- predisporre le relazioni sul servizio del presidio richieste dalla DS e/o dal Committente;
- raccoglie eventuali richieste di formazione/aggiornamento da parte degli operatori terapisti, riportandole alla Direzione sanitaria;
- aggiorna e comunica alla DS, annualmente, l'elenco degli strumenti tecnici e protocolli utilizzati dagli Operatori per la gestione dei P.R.I. assegnati;
- collabora con il Resp.le Q alla predisposizione di azioni preventive per lo specifico servizio ed alla verifica della loro attuazione ed efficacia;
- formula suggerimenti alla DS circa modifiche, miglioramenti o innovazioni da apportare alle metodologie di lavoro o alle procedure organizzative, ritenuti necessari per il conseguimento degli obiettivi di miglioramento del servizio e della qualità delle prestazioni.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE (EQ)

È un organo tecnico composto da Direttore medico, Medico specialista, Psicologo, Assistente sociale, Operatori della riabilitazione.

Tramite riunioni periodiche l'EQ assicura le seguenti attività:

- valuta i progetti dei singoli utenti per la presa in carico, la dimissione, le proposte di proroga e le proposte di modifica dei PRI da inviare al Committente;
- valuta lo stato di avanzamento dei singoli progetti riabilitativi;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 31 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2,7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- valuta l'adeguatezza e l'aggiornamento della documentazione tecnico-scientifica a supporto degli specifici servizi di riabilitazione erogati proponendo al CSR eventuali integrazioni ritenute necessarie;
- collabora nello sviluppo di istruzioni operative interne del Presidio utili all'organizzazione del servizio;
- cura la programmazione ed esecuzione di riunioni con gli operatori della riabilitazione per la verifica del servizio.

ASSISTENTE SOCIALE (AS)

Il Resp.le di questa funzione assicura le seguenti attività:

- cura presso il presidio la conservazione e la messa a disposizione al personale interessato di documenti operativi, circolari e modulistica di servizio;
- cura la predisposizione ed aggiornamento di Piano di lavoro generale del presidio ed elenco del personale del centro;
- cura l'aggiornamento della lista d'attesa del presidio e la comunica periodicamente alla DS;
- aggiorna il protocollo progetti;
- cura, con il Direttore medico di presidio, le prese in carico degli utenti e gli accordi per gli inizi trattamento;
- supporta l'utenza nel disbrigo pratiche per la presa in carico;
- cura le comunicazioni in generale con l'utenza e verifica l'aggiornamento della documentazione informativa presente nelle bacheche;
- raccoglie i reclami degli utenti e li riporta al Resp.le qualità e/o alla DS collaborando con gli stessi per la risoluzione;
- collabora alla tenuta ed aggiornamento della cartella sanitaria dell'utente per quanto di pertinenza;
- assicura la continuità del servizio all'utenza, gestendo con il CSR le sostituzioni temporanee degli Operatori;
- verifica periodicamente il corretto andamento delle prestazioni domiciliari;
- in collaborazione con la DA assicura la verifica periodica di infrastrutture e dotazioni di presidio;
- vigila sul rispetto dei requisiti del servizio di pulizia fornito da azienda esterna e verifica periodicamente la qualità dello stesso servizio;
- cura la tenuta ed aggiornamento del registro riunioni d'equipe;
- raccoglie le richieste di materiale del presidio e ne cura l'invio alla SA;
- collabora con gli amministrativi di presidio alla rendicontazione periodica delle prestazioni.

PSICOLOGO (PS)

Il Resp.le di questa funzione assicura le seguenti attività:

 Società Servizi Riabilitativi	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 32 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- partecipa alla presa in carico globale dell'utente effettuando la valutazione iniziale;
- effettua le prestazioni specialistiche specificamente previste da progetto e/o concordate con il CSR a garanzia del buon andamento dei percorsi riabilitativi;
- in collaborazione con gli operatori, assicurano la verifica sui Percorsi riabilitativi individuali definiti e l'aggiornamento degli stessi, per l'area di propria competenza, identificando in particolare obiettivi da raggiungere e raggiunti, tempi di sviluppo, strumenti e modalità di verifica.

OPERATORI TERAPISTI (OP.T)

Rispondono al Coordinatore del servizio del presidio di riferimento e sono impegnati nell'erogazione del servizio, ognuno per la propria specifica area di competenza, nel rispetto degli impegni contrattuali e degli obiettivi aziendali.

In particolare:

- collaborano con CSR alla predisposizione e aggiornamento della documentazione di riferimento dell'Utente (piani di intervento, schede di osservazione, relazioni, ecc.);
- attuano le prestazioni di assistenza, secondo quanto pianificato, in ambulatorio o a domicilio dell'utente, nel rispetto delle disposizioni ricevute e del progetto di cura relativo al singolo incarico, emesso dal Committente;
- garantiscono, per quanto di competenza, la continuità del servizio, notificando al CSR o all'AS eventuali difficoltà di relazione con l'Utente e/o necessità di sostituzione temporanea presso lo stesso;
- comunicano all'AS la propria disponibilità nell'eventuale sostituzione temporanea di altro Operatore;
- collaborano con CSR e AS nella rilevazione della soddisfazione del Cliente-Utente affidato e nella raccolta dei reclami;
- segnalano al CSR le eventuali necessità di formazione o aggiornamento;
- compilano la documentazione di registrazione dell'erogazione del servizio, secondo quanto indicato dalla DS; sono responsabili della custodia e del corretto uso delle dotazioni di servizio e della pronta segnalazione alla DA o alla DS di anomalie e/o guasti che ne inficiano l'affidabilità;
- segnalano al CSR eventuali ostacoli al raggiungimento di obiettivi di intervento prefissati e qualsiasi variazione nella situazione del proprio assistito che possa richiedere una revisione delle prestazioni erogate;
- partecipano alle riunioni di coordinamento, riportando lo stato di avanzamento degli interventi per gli utenti affidati ed assicurano periodicamente l'aggiornamento delle informazioni sull'utente utili al CSR per la rendicontazione al Committente;

 Società Servizi Riabilitativi	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 33 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5						7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023

- sottopongono a CSR proposte per interventi specifici sugli Utenti affidati, secondo le proprie competenze e la rilevazione di specifiche esigenze non espresse dell'Utenza di riferimento.

OPERATORI AUSILIARI (AU) – ADDETTI ALL'ASSISTENZA UTENTI

Il personale con la suddetta mansione, coordinato dal DS e supervisionato dal CSR di presidio si occupa specificamente delle seguenti attività:

- apertura dei locali;
- servizi di pulizia dei locali durante l'orario di attività dei presidi secondo il piano prestabilito;
- assistenza agli utenti (igiene personale, assistenza nella deambulazione) in collaborazione con gli operatori terapeutici;
- attività di vigilanza nei periodi di attesa dell'utenza, prima e dopo le terapie;
- collaborazione con gli operatori nel riordino delle dotazioni e nel mantenimento dell'ospitalità dei locali.

AMMINISTRATIVI DI PRESIDIO (AM)

Il personale con la suddetta mansione si occupa specificamente delle seguenti attività:

- caricamento anagrafica utente e dati di progetto su software gestionale;
- messa a disposizione dei fogli firma per singolo operatore;
- predisposizione della rendicontazione mensile delle prestazioni assieme all'AS;
- consegna e ritiro pratiche presso i distretti di riferimento per presidio;
- collaborazione con l'AS per le comunicazioni e le consegne di documentazione presso la sede principale della società;
- collaborazione eventuale con l'AS per la gestione degli approvvigionamenti del presidio.

Di seguito si riporta, in una tabella elaborata ai fini del bilancio di sostenibilità 2019, un quadro del personale impiegato da SSR.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 34 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2.7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7,2,7.3, 7,4,7.5		20/02/2023	01

SINTESI DEL PERSONALE SSR

DISTRIBUZIONE DEGLI OCCUPATI, TIPOLOGIA DI CONTRATTO, SOGLIA DI ETÀ (al 31.12.2019)

	20-30		31-40		41-50		51-65	
DIPENDENTI A TEMPO PIENO	7	1	28	3	24	9	25	10
DIPENDENTI A PART TIME	5	0	7	1	5	1	8	1
TOTALE PERSONALE OCCUPATO	12	1	35	4	29	10	33	11

PERSONALE SSR 2019	TOTALE			Laurea Liv.	Laurea Specialistica	Diploma di Qualifica
DIPENDENTI	136	108	28	112	6	18
LIBERI PROFESSIONISTI	20	15	5	15	5	
ETÀ MEDIA	44 ANNI					

PERSONALE DIPENDENTE (al 31.12.2019)

n. 01	DIRETTORE SANITARIO
n. 01	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
n. 02	PSICOLOGI
n. 26	LOGOPEDISTI
n. 28	NEURO-PSICOMOTRICISTI
n. 33	FISIOTERAPISTI
n. 13	ASSISTENTI SOCIALI
n. 09	AMMINISTRATIVI
n. 18	AUSILIARI SOCIO SANITARI
n. 05	EDUCATORI

LIBERI PROFESSIONISTI (al 31.12.2019)

n. 03	FISIATRI
n. 05	NEUROPSICHIATRI INFANTILI
n. 04	PSICOLOGI
n. 02	LOGOPEDISTI
n. 07	FISIOTERAPISTI

Clienti

La Società, come detto, offre i suoi servizi agli utenti in regime di convenzione con l'A.S.P. di Messina, che provvede al rimborso delle attività prestate in regime di convenzione generando così la quasi totalità del fatturato dell'Organizzazione. Le prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari sono prestate ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 833/78: modalità e tempi del servizio sono vincolati ai requisiti della normativa ed a quanto pattuito in convenzione con il Committente pubblico.

In relazione al ciclo attivo, ad inizio di ogni trimestre, la SSR fattura ad ASP Messina l'anticipazione del 85% dell'importo della contabilità del trimestre precedente riscontrato ed ammesso ai pagamenti.

Al termine di ogni trimestre, la SSR fattura a conguaglio le prestazioni effettivamente rese nei confronti dell'A.S.P. di Messina.

Utenti dei servizi

SSR presta i suoi servizi di riabilitazione funzionale e socio assistenziali di riabilitazione psicosociale, in regime domiciliare ed ambulatoriale, a minori ed adulti, spesso anziani. L'organizzazione dei servizi, nelle diverse

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 35 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2,7. 1,37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2,7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

strutture dell'Organizzazione avviene sulla base di quanto previsto dal Regolamento Operativo e dalla Carta dei Servizi.

Fornitori

La Società ha una serie di fornitori per la normale gestione della sede legale e degli ambulatori dislocati sul territorio (affitto, luce, gas, telefono, manutenzioni varie, etc.) ed utilizza le prestazioni di numerosi professionisti: tra questi, medici, psicologi, terapisti della riabilitazione, commercialista, revisori dei conti, consulenti privacy, sicurezza e software gestionali.

Soci e titolari di azioni: il rapporto con la controllante Consorzio Sisifo: principi generali in materia di gruppi di imprese

Come detto, SSR è una società per azioni, sottoposta al controllo del Consorzio di cooperative sociali Sisifo, che detiene il 100% del capitale azionario.

In questa sede, ai fini della realizzazione di uno SGRA adeguato ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 231/2001, si ritiene opportuno fare qualche cenno alla normativa in materia di gruppi e, soprattutto, a come l'esistenza di un gruppo di imprese rilevi ai fini del Decreto 231.

Quanto al fenomeno dei gruppi in generale, possiamo dire che sebbene esistano nel nostro ordinamento indici normativi, quali il controllo e il collegamento (art. 2359 c.c.) e la direzione e coordinamento (art. 2497 c.c.) di società, che confermano la rilevanza del fenomeno delle imprese organizzate in forma di gruppo, l'ordinamento giuridico considera unitariamente il gruppo solo nella prospettiva economica, mentre lo stesso risulta privo di autonoma capacità giuridica e costituisce un raggruppamento di enti dotati di singole e distinte soggettività giuridiche.

Non essendo a sua volta un ente unitario, il gruppo non può considerarsi diretto centro di imputazione della responsabilità da reato e non è inquadrabile tra i soggetti indicati dell'art. 1 del decreto 231.

Posto che non si può in alcun modo affermare una responsabilità diretta del gruppo ai sensi del decreto 231, non si può non rilevare come sempre più stiano aumentando i casi di chiamata in causa ex art. 5 DLgs.231/2001 di enti che compongono il gruppo, in dipendenza dei reati commessi nello svolgimento dell'attività di impresa e, quindi, sempre più ci sta interrogando sulle condizioni in presenza delle quali del reato commesso nell'ambito di una società del gruppo possano essere chiamate a risponderne le altre società, in particolare la capogruppo.

Anche a seguito di importanti pronunce della Cassazione, è emerso come il controllo societario o l'attività di direzione e coordinamento non possano creare di per sé una posizione di garanzia in capo ai vertici della controllante, tale da fondarne la responsabilità per omesso impedimento dell'illecito commesso nell'attività della

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 36 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

controllata (art. 40, comma 2, c.p.). Non c'è alcuna disposizione, infatti, che preveda in capo agli apicali della controllante l'obbligo giuridico e i poteri necessari per impedire i reati nella controllata.

Ciò posto, la giurisprudenza con la nota sentenza n. 2658 del 2014 della Cassazione Penale (in linea con la nota sentenza emessa sul punto dalla stessa sezione nel 2011, sent. 24583/2011) ha sancito come la controllante possa essere ritenuta responsabile per il reato commesso nell'attività della controllata qualora:

- a) sia stato commesso un reato presupposto nell'interesse o vantaggio immediato e diretto, oltre che della controllata, anche della controllante;
- b) persone fisiche collegate in via funzionale alla controllante abbiano partecipato alla commissione del reato presupposto recando un contributo causalmente rilevante, provato in maniera concreta e specifica.

Se è vero, dunque, che la giurisprudenza sembrerebbe escludere automatiche risalite di responsabilità verso la controllante (e a maggior ragione responsabilità diffuse delle controllate), è pur vero che, di fatto, le chiamate in giudizio ex art. 5 DLgs. 231/2001 di più società appartenenti allo stesso gruppo sono sempre in aumento e che, in molti casi, i due criteri sopra indicati (che integrano perfettamente la fattispecie del concorso nel reato) sono risultati integrati.

Questo porta a fare due importanti considerazioni.

La prima è che, sebbene sia vero che astrattamente una qualsiasi impresa potrebbe essere chiamata a rispondere in concorso con altre imprese in presenza dei requisiti di cui sopra, argomento per il quale talvolta si "liquida" la problematica della responsabilità nel gruppo di imprese, riducendola ad un problema generale e astratto che riguarderebbe qualsivoglia società, pur non appartenente ad un gruppo, appare innegabile il fatto che l'integrazione dei due criteri sopra indicati alle lettere a) e b) è altamente più probabile in presenza di imprese controllate o collegate.

E' evidente infatti come le azioni di coordinamento e direzione di un gruppo d'impresе possano spesso ingenerare occasioni di concorso nel reato, soprattutto nella forma del concorso morale. Al tempo stesso la stretta connessione tra gli interessi economici delle società del gruppo, soprattutto quando nel gruppo ci siano società che operano nello stesso settore di attività, può facilmente portare a situazioni nelle quali da uno stesso fatto (illecito) possano trarre vantaggio più società del gruppo. Il rischio di concorso morale aumenta significativamente nelle ipotesi le stesse persone fisiche rivestano ruoli apicali in più società del gruppo.

La seconda considerazione riguarda il fatto che i rischi di commissione di reati in concorso tra più imprese facenti parte di uno stesso gruppo diventa anche maggiore riguardo ad ipotesi di reato cd. a concorso necessario (si pensi in particolare alle fattispecie associative o al reato, plurisoggettivo, di corruzione tra privati – relativamente all'ipotesi in cui il corrotto e il corruttore siano apicali di società appartenenti allo stesso gruppo), ovvero ad ipotesi nelle quali la presenza di imprese "collegate" indubbiamente potrebbe "agevolare" la commissione di fatti di reato, come il caso del riciclaggio.

 Società Servizi Riabilitativi	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 37 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2,7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2,7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7,2,7.3, 7,4,7.5		20/02/2023	01

Le considerazioni sin qui svolte in merito alla responsabilità nei gruppi di imprese, sommate alla ferma volontà di SSR di promuovere al proprio interno e nei rapporti con la controllante Sisifo la massima etica, nel rispetto della propria autonomia, hanno portato alla definizione di alcuni importanti criteri sulla base dei quali si è impostato il presente Modello:

- 1) in sede di Risk Assessment, si è prestata particolare attenzione nel considerare i rischi che comportamenti in tutto o in parte idonei ad integrare fattispecie di reato si possano generare o integrare all'interno dell'area dei rapporti "intercompany";
- 2) massima attenzione è stata prestata verso le fattispecie dell'associazione a delinquere, anche in forma semplice, verso i reati di riciclaggio e autoriciclaggio, e verso il reato di corruzione tra privati all'interno delle relazioni consortili e delle relazioni con la controllante.

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

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

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

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

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 dall'Organizzazione; pertanto, la costante interlocuzione è di fondamentale importanza.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 38 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

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

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

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

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

L'Organizzazione ha stabilito, documentato, attuato e mantiene attivo un SGRA coordinato con il SGQ 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 finanziarie 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) introduce più canali di comunicazione che consentano ai dipendenti, agli apicali, e in generale a tutti i soggetti che si relazionano con l'Organizzazione, di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte. Tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione. Almeno un canale alternativo di segnalazione è idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;
 - g) stabilisce il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 39 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

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

In particolare, l'organizzazione ha:

- stabilito la sequenza e l'interazione tra i processi (vedi Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i. e correlato col Sistema di Gestione della Qualità ex ISO 9001 e DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);
- garantito la tracciabilità e trasparenza di qualsiasi attività;
- identificato i processi e le attività "sensibili", intesi quali processi/attività nel cui ambito possono essere commessi reati/illeciti rilevanti ex D.lgs. 231/01, nei seguenti processi e sotto-processi":
 - 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 e licenze amministrative / autorizzazioni
 - Gestione dei contratti pubblici
 - 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 destinazioni dell'utile, 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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 40 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 41 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2.7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7,2,7.3, 7,4,7.5		20/02/2023	01

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

4.4.1 Requisiti relativi alla documentazione

La documentazione del SGRA comprende:

- a) Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa rappresentativo del modello di organizzazione, gestione e controllo realizzato ai sensi del Dlgs 231/01 e delle misure e dei protocolli adottati dall'organizzazione;
- b) dichiarazioni documentate sulla politica per la responsabilità amministrativa, riportata nel Codice Etico, di cui al successivo punto 5.2;
- c) Organigrammi e Mansionari di cui al punto 5.3.1;
- d) analisi dei rischi di cui al punto 4.5;
- 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.

4.4.2 Manuale del Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa

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

L'Alta Direzione assicura che il MSGRA richiami o includa:

- a) gli atti deliberativi, le direttive e le determinazioni della direzione con riferimento al SGRA,
- b) la descrizione dei processi e della loro interazione, con l'indicazione degli impatti diretti o indiretti che questi possono avere sulla commissione dei reati;
- c) l'analisi dei rischi di cui al punto 6.1.1;
- d) le procedure documentate, i protocolli e le misure predisposte per il SGRA;
- e) Il Sistema Disciplinare di cui al punto 8.11;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 42 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- 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) analizzano, valutano e mettono in ordine di priorità i rischi-reato identificati;
- c) valutano 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, ha effettuato la valutazione del rischio all'interno dell'allegato "Evaluation Sheet 231" (Mappatura dei rischi e Risk assessment).

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 43 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

5 Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Organo direttivo

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

- a) comunicando all'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti del presente SGRA, inclusi quelli cogenti;
- b) promuovendo l'utilizzo dell'approccio per processi e del *risk-based thinking*;
- c) stabilendo e promuovendo il Codice Etico di cui al punto 5.2;
- d) assicurando che siano stabiliti ragionevoli obiettivi per ogni processo, in rapporto alle capacità dell'organizzazione;
- e) conducendo i riesami della direzione;
- f) assicurando che siano stabiliti ragionevoli obiettivi per ogni processo, in rapporto alle capacità dell'organizzazione;
- g) conducendo i riesami della direzione;
- h) 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);
- i) promuovendo il miglioramento e;
- j) fornendo sostegno agli altri pertinenti ruoli gestionali per dimostrare la loro leadership, come essa si applica alle rispettive aree di responsabilità;
- k) assicurando il tempestivo adeguamento del presente SGRA, 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 del SGRA ed ha realizzato detto impegno utilizzando la comunicazione tra i vari livelli, mediante l'affissione nei vari ambienti di manifesti e documenti che divulgano, tra l'altro, i principi etici che richiamano l'importanza di ottemperare ai requisiti dell'utente, oltre quelli normativi cogenti e volontari.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 44 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

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.

5.1.2 Alta direzione

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

5.2 Codice Etico e Politica per la Responsabilità Amministrativa

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

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

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

L'alta direzione assicura costantemente che il Codice Etico:

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 45 di 89	
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3	20/02/2023	01
GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP							

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

5.3.1 Ruoli e responsabilità

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

In particolare, l'organizzazione ha predisposto Organigrammi, Mansionari, Statuto e Regolamenti interni, Protocolli e Specifiche di Processo (che formano parte integrante del SGRA e sono richiamati nel Sistema di Gestione della Qualità e nel Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i., e nel DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08) e sono atti a fornire le seguenti informazioni:

GENERALI

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

PER OGNI PROCESSO

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

Come criterio generale, viene attuata, per quanto possibile, 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 46 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

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 il RSGRA, al fine di identificare le prescrizioni pertinenti al SGRA.

In particolare:

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

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 47 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento		
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

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

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

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

Nel caso l'emissione di nuova legislazione e/o regolamentazione richieda la predisposizione di atti amministrativi, denunce, comunicazioni a pubbliche autorità, aggiornamenti al SGRA, RSGRA definisce 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, nonché:

- 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 responsabile dell'adozione delle azioni necessarie e dell'attuazione delle modifiche, ove necessarie.

5.3.3 Deleghe nel processo decisionale

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

5.3.4 Organismo di Vigilanza

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 SGRA e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 48 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

5.3.4.1 *Requisiti e poteri dell'OdV*

L'Organismo di Vigilanza e Controllo:

- a) è dotato dei requisiti 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) è destinatario di flussi informativi obbligatori;
- i) può pianificare e condurre l'attività di audit sul SGRA.

È garantita l'assenza di:

- i) relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 49 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

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;

 Società Servizi Riabilitativi	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 50 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 5 LEADERSHIP	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	5,5.1.5.1. 1,5.1.2.5. 2, 5.3				5,5.1.5.1. 1,5.1. 2,5.2,5.3, 5.3.1, 5.3.2,5.3. 3		20/02/2023	01

- 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 51 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 6 PIANIFICAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	6,6.1,6.1. 1,6.1.2.6. 2, 6.3				6,6.1, 6.2		20/02/2023	01

6 Pianificazione

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

L'alta direzione assicura che:

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

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 52 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 6 PIANIFICAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	6,6.1,6.1. 1,6.1.2,6. 2, 6.3				6,6.1, 6.2		20/02/2023	01

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

- a) è definita nel rispetto del fine, della natura e della tempistica, per assicurare che sia preventiva piuttosto che reattiva; e
- b) provvede all'identificazione, indicazione delle priorità ed alla redazione della documentazione relativa ai rischi e all'applicazione di appropriati controlli.

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

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

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

6.1.1 Gestione del cambiamento

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

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

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

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

- Sono stati introdotti nuovi rischi?
- Sono stati modificati rischi esistenti anche in aree/processi diversi da quelli direttamente interessati dal cambiamento?
- È successo qualche incidente che ha mostrato lacune nella precedente versione dell'Analisi dei Rischi?
- Quali sono i rischi attuali?
- I nuovi rischi hanno influenza sulle attuali procedure di controllo?

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 53 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 6 PIANIFICAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	6,6.1.6.1. 1,6.1.2.6. 2, 6.3				6,6.1, 6.2		20/02/2023	01

- 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:

- eliminazione;
- sostituzione;
- misure tecnologiche;
- controlli procedurali.

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

La responsabilità delle suddette attività e della Direzione, coadiuvata da RSGRA e dalle altre funzioni di Risk Management e di Internal Auditing,

6.1.2 Verifica di conformità

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 54 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 6 PIANIFICAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	6,6.1.6.1. 1,6.1.2.6. 2, 6.3				6,6.1, 6.2		20/02/2023	01

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 55 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 6 PIANIFICAZIONE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	6,6.1.6.1. 1,6.1.2.6. 2, 6.3				6,6.1, 6.2		20/02/2023	01

6.3 Pianificazione delle modifiche

Una volta determinata l'esigenza di modifiche al sistema di gestione per la qualità 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 del sistema di gestione per la qualità e per la prevenzione della corruzione, la disponibilità di risorse e l'allocazione o la riallocazione delle responsabilità e autorità.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 56 di 89	
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023	01
	GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO						

7 Supporto

7.1 Risorse

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

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

7.1.1 Generalità

Il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA deve essere competente sulla base di istruzione, formazione-addestramento, abilità ed esperienza appropriati per come stabilito nel **Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i.** e nel **DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08** (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.

Nota: La conformità ai requisiti del SGRA può essere influenzata direttamente o indirettamente da personale che svolge qualsiasi compito nell'ambito del SGRA stesso.

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 per conseguire la conformità ai requisiti del SGRA. Le infrastrutture comprendono, per quanto applicabile:

- a) edifici, spazi di lavoro e servizi connessi;
- b) apparecchiature di processo, compresi hardware e software;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 57 di 89	
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	DATA	
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	REVISIONE	
	GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO					20/02/2023	01

c) servizi di supporto (quali sistemi di comunicazione o informativi; per il dettaglio dei canali di comunicazione, si rimanda ai mansionari ed alle specifiche di processo).

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

L'organizzazione gestisce gli ambienti di lavoro in maniera tale da conseguire la conformità ai requisiti del presente SGRA ed a quelli di cui all'art. 30 del Dlgs 81/08 e del DM 13/02/2014, 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 la certificazione ISO 9001.

Si rimanda al *Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i., correlato col Sistema di Gestione della Qualità ex ISO 9001 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 58 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1,7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5						7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023

7.1.6 Conoscenza organizzativa

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

7.2 Competenza

7.2.1 Generalità

L'organizzazione:

- a) ha determinato la competenza necessaria per il personale che svolge attività che influenzano la conformità ai requisiti del SGRA (vedi mansionari per le risorse interne e procedure di qualifica dei fornitori per quelle esterne);
- b) ove applicabile, fornisce formazione-addestramento o intraprende altre azioni per acquisire la necessaria competenza;
- c) valuta l'efficacia delle azioni intraprese (vedi il Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i. e DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);
- d) assicura che il proprio personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi del SGRA; a tal scopo, oltre che con le procedure di valutazione dell'efficacia della formazione, tale consapevolezza la si può dedurre dalle attività di audit periodico;
- e) conserva appropriate informazioni documentate (vedere punto 7.5) quale evidenza dell'istruzione, della formazione-addestramento, delle abilità e dell'esperienza.

7.2.2 Processo di assunzione

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

- a) le condizioni di impiego richiedano che il personale rispetti il Codice etico, fornendo all'organizzazione il diritto di punire i membri del personale in caso di violazione;
- b) entro un periodo ragionevole dall'assunzione, il personale riceva una copia del Codice etico e del presente Manuale o gliene venga fornito accesso, e riceva la formazione relativa alla politica della prevenzione degli illeciti amministrativi dell'Ente;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 59 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- c) l'organizzazione disponga di procedure che permettano di intraprendere misure disciplinari appropriate nei confronti del personale che violi il Codice etico, il presente Manuale e le procedure che ne formano parte integrante;
- d) Il personale riceva adeguata informazione in merito alla possibilità di segnalare condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 o altre violazioni del Codice Etico;
- e) i membri del personale non subiscano ritorsioni, discriminazioni o misure disciplinari per aver espresso sospetti o aver effettuato segnalazioni in buona fede, di atti di corruzione tentati, effettivi o presunti 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 (vedi punto 8.9 Segnalazione di sospetti - Whistleblowing).

7.3 Consapevolezza e formazione

L'organizzazione:

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

7.4 Comunicazione

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 60 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1,37.1.4, 7,1.57.1. 6,7.2.7.3, 7,4,7.5				7, 7.1, 7,2,7.3, 7,4,7.5		20/02/2023	01

- a. Email;
 - b. Comunicazioni Organizzative e Ordini di Servizio;
 - c. Riunioni informative;
 - d. Sistema Intranet.
- b) ricevere, registrare, rispondere alle richieste e segnalazioni relativi ai requisiti del SGRA, provenienti dalle parti interessate esterne all'organizzazione; a questo scopo è stata istituita specifica Procedura, ai sensi di quanto indicato nel paragrafo 8.9.
- c) definire come l'organizzazione comunica ai propri fornitori, ai consulenti e ad ogni terza parte interessata, le modalità di gestione degli aspetti del SGRA giudicati significativi e pertinenti e come registra ogni decisione in merito; a questo scopo, l'organizzazione ha riveduto i propri schemi contrattuali, richiedendo alle terze parti che condividano e sottoscrivano, i requisiti del Codice Etico.
- d) definire come l'organizzazione gestisce i flussi di comunicazione da e verso l'esterno, con particolare riguardo alla Pubblica Amministrazione; a tale scopo, per le comunicazioni non inerenti la PA, vale quanto sopra detto a proposito del "Registro delle comunicazioni esterne 231". Per quanto riguarda le comunicazioni da e verso la PA, oltre alla registrazione di cui sopra, si applicano le regole stabilite negli appositi Protocolli citati nell'Analisi dei Rischi.

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

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

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

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

- a) il corretto coinvolgimento nell'identificazione dei pericoli, nella valutazione dei rischi e nella definizione dei controlli;
- b) il corretto coinvolgimento nelle indagini su violazioni del SGRA, incidenti e su procedimenti disciplinari; per le modalità del suddetto coinvolgimento, si rimanda al Sistema Disciplinare.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 61 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento		
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5						7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023

- c) il coinvolgimento nella messa a punto e nella revisione delle politiche ed egli obiettivi del SGRA; a tal scopo, in occasione dei riesami periodici del SGRA, si inviteranno i dirigenti ed i responsabili di funzione.
- d) la consultazione dove ci siano cambiamenti che influiscano sul SGRA; in tal caso, si raccoglierà il parere preventivo dei responsabili di funzione.

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

7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV

L'obbligo di informazione all'Organismo 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 sopracitate 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;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 62 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

- la delibera adottata.

I verbali devono essere sottoscritti dagli intervenuti.

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

I documenti richiesti dal SGRA sono tenuti sotto controllo.

Sono state stabilite le modalità in base alle quali si sviluppa il sistema di gestione della documentazione comprendendo sia quanto redatto ed emesso dall'organizzazione stessa, sia quanto ricevuto dall'esterno.

Il suddetto sistema è inteso ad assicurare la disponibilità della documentazione ed il suo continuativo aggiornamento laddove si svolgono attività definite attraverso la documentazione medesima.

7.5.2 Creazione ed aggiornamento

La presenza della documentazione nei luoghi ove necessario, la sua completezza e organicità, l'aggiornamento sistematico, l'interpretabilità oggettiva, sono i mezzi fondamentali con cui si garantisce la rispondenza delle attività relativamente alla sua conformità al SGRA.

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 SGRA e sono tenute sotto controllo.

Revisione

E' stato previsto un indice di revisione che indica lo stato dei documenti in modo da impedire l'utilizzo di documenti superati. L'indice di revisione, quindi, consente di distinguere tra loro documenti di pari codifica che hanno subito nel tempo modifiche di contenuto.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 63 di 89	
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001	DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5	20/02/2023	01
GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO							

Sono predisposti degli elenchi che, in qualsiasi momento assicurano l'identificazione delle versioni applicabili dei documenti e che essi siano disponibili nei luoghi di utilizzo.

Nel caso in cui fosse necessario conservare edizioni superate di documenti, questi verranno adeguatamente identificati ed archiviati.

Distribuzione

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

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

Modifiche ai documenti

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

Documenti di origine esterna

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

7.5.4 Controllo delle informazioni documentate

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

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

Ciascuna di esse, specificamente legata al SGRA, 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.

 Società Servizi Riabilitativi s.p.a.	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 64 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 7 SUPPORTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	7,7.1.7.1. 1,7.1.2.7. 1.37.1.4, 7.1.57.1. 6,7.2.7.3, 7.4,7.5				7, 7.1, 7.2,7.3, 7.4,7.5		20/02/2023	01

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 65 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8,8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2,8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8,6,8.7				8,8.1, 8,2,8.3, 8,4,8.5, 8,6,8.7, 8,8,8.9, 8,10		09/07/2024	02

8 Attività operative

8.1 Pianificazione e controllo operativi

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

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

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

- a) controlli operativi, nella misura applicabile all'organizzazione ed alle sue attività; a tal scopo ha predisposto delle procedure o delle check-list per ogni processo ritenuto sensibile ai fini del SGRA (vedi anche Sistema di Gestione della Qualità, Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i., correlato col Sistema di Gestione della Qualità ex ISO 9001 e DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08);
- b) Procedure documentate e criteri operativi, per governare le situazioni in cui l'assenza di queste potrebbe portare difformità rispetto alla politica e agli obiettivi del SGRA;
- 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 SGRA (vedi anche Sistema di Gestione della Qualità, Modello di Organizzazione di cui all'art. 30 del D.lgs. 81/01 e s.m.i., correlato col Sistema di Gestione della Qualità ex ISO 9001 e DVR ex artt. 28-29 del DLgs 81/08).

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

- a) Responsabilità: chi è il Responsabile del Processo e quali sono le figure coinvolte, ai vari livelli di responsabilità, nelle singole attività di processo;
- b) Elementi di Input: su quali dati, informazioni, eventi o documenti si basano le singole attività di Processo; da dove provengono (intra o extra processo) e chi deve riceverli;
- c) Risorse impegnate: quali risorse, umane, tecniche, organizzative, logistiche, sono utilizzate per lo svolgimento delle singole attività;
- d) Elementi di Output: quali dati, informazioni, eventi o documenti producono in Output le singole attività Processo, con l'indicazione della destinazione (intra o extra processo);
- e) Eventuali "best-practice" o "warnings" relativi a comportamenti particolari da evitare;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 66 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1.8.2, 8.2.1.8.2, 2.8.2.3.8, 3.8.4.8.5, 8.6.8.7				8.8.1, 8.2.8.3, 8.4.8.5, 8.6.8.7, 8.8.8.9, 8.10		09/07/2024	02

- 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 clienti/utenti

L'organizzazione assicura che il prodotto (inteso anche come servizio) reso sia conforme agli standard previsti nell'apposito Regolamento Operativo aziendale e nella Carta dei servizi. 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 SGRA. La comunicazione con i clienti/utenti 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/utente;
- 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/utente, conducono alla presentazione da parte dell'organizzazione di un progetto iniziale coerente con le esigenze del cliente/utente.

Poiché l'obiettivo dell'organizzazione è fare in modo che il cliente/utente sia soddisfatto, è necessario, innanzitutto, individuare con precisione le sue esigenze. Si rimanda sul punto al Regolamento Operativo aziendale.

8.1.2 Gestione dei fornitori

L'organizzazione valuta e seleziona i fornitori in base alla loro capacità di fornire un prodotto conforme ai requisiti del SGRA. Sono stati stabiliti i criteri per la selezione, la valutazione e la ri-valutazione dei fornitori, inclusi, ove appropriati, i controlli circa l'affidabilità tecnico-finanziaria, la moralità professionale, e l'eventuale inclusione nelle

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 67 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8,8.1.8.2, 8.2.1.8.2, 2,8.2.3.8, 3,8.4.8.5, 8.6,8.7				8,8.1, 8.2.8.3, 8.4.8.5, 8.6.8.7, 8.8.8.9, 8.10		09/07/2024	02

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.

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.

Analogo discorso in ipotesi di servizi affidati in altro modo a terzi (ad esempio in ipotesi di affidamento di servizi nell'ambito dell'esecuzione di commesse pubbliche).

In tutte le ipotesi, l'Organizzazione si riserva di svolgere periodici controlli sulla qualità dei servizi erogati.

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 posizione

l'Organizzazione valuta la natura e l'entità del rischio di corruzione e le necessarie misure da introdurre per mitigarlo.

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:

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 68 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2,8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8.6,8.7				8.8.1, 8.2,8.3, 8.4,8.5, 8.6,8.7, 8.8,8.9, 8.10		09/07/2024	02

- 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 applichi i loro controlli per la prevenzione dei reati.

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

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

- servizi di fornitori esterni sono destinati ad essere incorporati nei servizi dell'organizzazione;
- servizi sono forniti direttamente al cliente da fornitori esterni, per conto dell'organizzazione;
- un processo, o una sua parte, viene fornito da un fornitore esterno, quale esito di una decisione dell'organizzazione.

8.4.1 Generalità

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 69 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1.8.2, 8.2.1.8.2, 2.8.2.3.8, 3.8.4.8.5, 8.6.8.7				8.8.1, 8.2.8.3, 8.4.8.5, 8.6.8.7, 8.8.8.9, 8.10		09/07/2024	02

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

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

L'organizzazione conserva informazioni documentate circa l'erogazione di servizi. Tali informazioni comprendono:

- a) l'evidenza della conformità ai criteri di accettazione (es. Verbali di consegna cartacei oppure via consegne via PEC);

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 70 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2.8.2,3.8, 3,8.4,8.5, 8.6,8.7				8.8.1, 8.2,8.3, 8.4,8.5, 8.6,8.7, 8.8,8.9, 8.10		09/07/2024	02

b) la riferibilità alla persona autorizzata al rilascio.

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.

È stata realizzato apposito protocollo organizzativo a cui si rimanda.

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

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

8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing)

In data 29 dicembre 2017 è entrata in vigore la Legge 30 novembre 2017 n. 179 (cosiddetta del "whistleblowing") che regola le forme di tutela per coloro che segnalano eventuali illeciti o irregolarità nell'ambito dello svolgimento dell'attività lavorativa, sia in ambito pubblico, che privato.

La nuova normativa ha modificato l'art. 6 del D.lgs 231/2001 (introducendo i commi. 2-bis, 2-ter e 2-quater), disponendo quanto segue:

- I Modelli di organizzazione, gestione e controllo devono prevedere l'attivazione di uno o più canali finalizzati alla trasmissione delle segnalazioni di condotte illecite a tutela dell'integrità dell'ente e in grado di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, oltre istituire almeno un canale alternativo che garantisca la riservatezza con modalità informatiche;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 71 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8,8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2,8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8,6,8.7				8,8.1, 8,2,8.3, 8,4,8.5, 8,6,8.7, 8,8,8.9, 8,10		09/07/2024	02

- 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 segnalante 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;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 72 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2.8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8.6,8.7				8.8.1, 8.2,8.3, 8.4,8.5, 8.6,8.7, 8.8,8.9, 8.10		09/07/2024	02

- 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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 73 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1.8.2, 8.2.1.8.2, 2.8.2.3.8, 3.8.4.8.5, 8.6.8.7				8.8.1, 8.2.8.3, 8.4.8.5, 8.6.8.7, 8.8.8.9, 8.10		09/07/2024	02

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.

SSR 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://ssrspa.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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 74 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8,8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2,8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8,6,8.7				8,8.1, 8,2,8.3, 8,4,8.5, 8,6,8.7, 8,8,8.9, 8.10		09/07/2024	02

- a) identifichino le situazioni che possano causare una potenziale violazione grave del SGRA, intesa come attività in aperto contrasto con le disposizioni legislative;
- 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 RSGRA;
- g) richiedano che l'indagine sia svolta in maniera riservata e che i risultati di tale indagine siano riservati.

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

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

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

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

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

Le indagini devono essere effettuate tempestivamente.

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 75 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8,8.1,8.2, 8.2.1,8.2. 2,8.2.3,8. 3,8.4,8.5, 8,6,8.7				8,8.1, 8,2,8.3, 8,4,8.5, 8,6,8.7, 8,8,8.9, 8.10		09/07/2024	02

8.11 Sistema Disciplinare e meccanismo sanzionatorio

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

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

Simili violazioni ledono infatti il rapporto di fiducia instaurato con l'organizzazione³ 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 giudice in sede penale, data l'autonomia della violazione del SGRA rispetto alla violazione di legge che comporta la commissione di un reato.

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

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

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

³ 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.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 76 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 8 ATTIVITA' OPERATIVE	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	8.8.1.8.2, 8.2.1.8.2, 2.8.2.3.8, 3.8.4.8.5, 8.6.8.7				8.8.1, 8.2.8.3, 8.4.8.5, 8.6.8.7, 8.8.8.9, 8.10		09/07/2024	02

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 SGRA 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 SGRA.

Per quanto sopra non precisato, si rimanda al documento "Sistema disciplinare", facente parte integrante del presente Modello Organizzativo.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 77 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

9 Valutazione delle prestazioni

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

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

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

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

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

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

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

L'organizzazione ha stabilito, implementato e mantiene attivi protocolli e procedure per misurare e monitorare regolarmente i risultati dei processi del SGRA. Questi prevedono:

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

Si rimanda al Riesame per i risultati di tali attività.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 78di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

9.2 Audit interno

L'organizzazione, con il supporto dell'OdV e della funzione di RSGRA, e con l'eventuale supporto di terze parti specializzate, conduce ad intervalli pianificati audit interni per determinare se il SGRA:

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

Viene predisposto un "Programma Annuale degli Audit Interni", coordinato con altri Programmi di Auditing predisposti all'interno dell'Organizzazione, che prende in considerazione lo stato e l'importanza dei processi e delle aree da sottoporre ad audit, così come i risultati di audit precedenti. Sono definiti i criteri, il campo di applicazione, la frequenza ed i metodi dell'audit. La scelta degli auditor e la conduzione degli audit devono assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit. Gli auditor non devono effettuare audit sul proprio lavoro.

9.2.1 Competenza e valutazione degli auditors

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

In particolare, i RGdA (solo ai fini della verifica del presente SGRA) devono 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 AI

Gli AI devono essere preparati adeguatamente e con anticipo rispetto alla loro esecuzione dal RGdA e notificate al personale aziendale di cui intende, eventualmente, avvalersi in relazione alle specifiche capacità e all'indipendenza da responsabilità dirette nell'attività da ispezionare.

Pertanto il GdA deve definire i punti e/o gli argomenti oggetto della verifica, rispetto ai quali deve analizzare tutta la documentazione di riferimento e predisporre il "Piano di Audit Interno" (PAI), dotato di indice di revisione e da notificare alla/e funzione/i sottoposta/e a verifica con ragionevole anticipo, almeno 7 giorni, in modo che la stessa possa prepararsi al meglio. Per la registrazione della distribuzione sarà utilizzato apposito spazio del PAI.

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 79 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

9.2.3 Esecuzione degli AI

L'AI, che deve essere condotto secondo i requisiti della norma UNI EN ISO 19011, deve iniziare con una riunione di apertura tra il gruppo di verifica ed i responsabili aziendali per illustrare obiettivi e modalità di esecuzione della verifica stessa.

L'AI deve essere eseguito sulla base dei documenti di riferimento delle attività da verificare e del programma concordato nella riunione di apertura, avendo cura di riscontrare l'evidenza oggettiva della conformità delle attività esaminate, documentando le risultanze attraverso precisi e dettagliati richiami ai riscontri effettuati. Se l'andamento dell'audit lo rende necessario, è possibile estendere l'indagine ad attività e/o ad aspetti non previsti nel programma della verifica stessa. Allo scopo, il gruppo di Audit può anche dividersi per verificare più aspetti contemporaneamente. In tal caso, al responsabile del GdA spetta il compito di coordinare le attività del gruppo di verifica.

L'AI deve terminare con una riunione di chiusura nella quale il responsabile del gruppo di verifica presenta ai responsabili aziendali i rilievi emersi fornendo i dovuti riscontri oggettivi.

9.2.4 Rapporto di Audit interno

A conclusione dell'AI, il gruppo di audit deve redigere il "Rapporto dell'Audit Interno" (RAI), documentando quanto emerso nel corso della verifica stessa.

Il rapporto di audit deve fornire una completa, accurata, concisa e chiara registrazione dell'audit e deve comprendere o far riferimento a quanto segue:

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 80 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

attività successive devono comprendere la verifica delle azioni effettuate ed il rapporto sui risultati della verifica (vedere punto 8.5.2).

9.2.5 Valutazione della conformità legislativa

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

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

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

9.2.6 Richiesta Azioni di Miglioramento

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

9.2.7 Audit interni non programmati

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

Se per motivi di urgenza non è possibile anticipare alla persona interessata il relativo piano, questo deve essere consegnato, discusso e concordato in occasione dell'apertura dell'Audit stesso.

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 81 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

9.3 Riesame di direzione

9.3.1 Generalità

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

9.3.2 Riesame da parte dell'alta direzione

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

Input al riesame della direzione

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

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

9.3.3 Output del riesame della direzione

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

- a) al miglioramento dell'efficacia del SGRA;

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 82di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	9, 9.1, 9.2, 9.3				9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4		20/02/2023	01

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

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

9.4 Riesame da parte di RSGRA

Il RSGRA o eventuale funzione di conformità valuta in modo continuativo se il sistema di gestione della responsabilità amministrativa:

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

Il RSGRA o o eventuale funzione di conformità riferisce a intervalli pianificati all'alta direzione circa l'adeguatezza e l'attuazione del sistema di gestione della responsabilità amministrativa, ivi compresi i risultati delle indagini e degli audit.

9.5 Relazione annuale dell'OdV

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 83 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

10 Miglioramento

10.1 Generalità

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

Queste comprendono:

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

10.2 Non Conformità e Azioni correttive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 84 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

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

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

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

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

Le azioni correttive sono avviate da RSGRA che individua la funzione e/o l'operatore pertinente per l'analisi della causa, a cominciare dal riesame delle non conformità riscontrate. Si verifica, 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 RSGRA si accerta che:

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

L'azione correttiva comporta una pianificazione di attività, responsabilità e tempi, oltre che una valutazione preventiva degli impatti che avrà sugli altri processi aziendali. Le azioni da intraprendere ed i relativi tempi di attuazione sono sempre documentati a cura del RSGRA.

Le azioni da intraprendere ed i relativi tempi di attuazione sono registrati nel "Registro delle Azioni di Miglioramento" (RAM) e sempre documentati a cura del RSGRA.

Il Registro delle Azioni di Miglioramento" (RAM) è un foglio elettronico (ad accesso limitato solo a RSGRA) per la registrazione di tutte le AC e per il monitoraggio delle attività di trattamento. Il Registro ha validità annuale.

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

10.2.1 Verifica di Efficacia delle Azioni Correttive

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

10.2.2 Riesame delle Azioni Correttive

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 85 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

10.3 Miglioramento continuo

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

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

Rilievi interni:

- non conformità (inclusi incidenti e near misses);
- audit interni;
- attività di riesame;
- attività ricorrenti;
- attività di monitoraggio e misurazione;
- analisi dei dati.

Rilievi esterni:

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

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 86 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

Tabella di Correlazione con i requisiti di altri standard

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2015 - Sistema di Gestione della Qualità	ISO 37001:2016 - Sistema di Gestione Anti-Corruzione
1 Scopo e campo di applicazione	1 Scopo e campo di applicazione	1 Scopo e campo di applicazione
2 Riferimenti normativi	2 Riferimenti normativi	2 Riferimenti normativi
2.1 Generalità		
2.2 Tabella Reati-Illeciti presupposto		
3 Termini e definizioni	3 Termini e definizioni	3 Termini e definizioni
4 Contesto dell'organizzazione	4 Contesto dell'organizzazione	4 Contesto dell'organizzazione
4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto
4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate
4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa	4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità	4.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
4.4 Sistema di gestione per responsabilità amministrativa e relativi processi	4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi	4.4 Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione
4.5 Valutazione del rischio-reato		4.5 Valutazione del rischio di corruzione
5 Leadership	5 Leadership	5 Leadership
5.1 Leadership e impegno	5.1 Leadership e impegno	5.1 Leadership e impegno
5.1.1 Organo direttivo	5.1.1 Generalità	5.1.1 Organo direttivo
5.1.2 Alta direzione	5.1.2 Focalizzazione sul cliente	5.1.2 Alta direzione
5.2 Codice Etico e Politica per la responsabilità amministrativa	5.2 Politica	5.2 Politica per la prevenzione della corruzione
	5.2.1 Stabilire la politica per la qualità	
	5.2.2 Comunicare la politica per la qualità	
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione	5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione
5.3.1 Ruoli e responsabilità		5.3.1 Ruoli e responsabilità
5.3.2 Responsabile del sistema di gestione della responsabilità amministrativa		5.3.2 Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione
5.3.3 Deleghe nel processo decisionale		5.3.3 Deleghe nel processo decisionale
5.3.4 Organismo di Vigilanza		
5.3.4.1 Requisiti e poteri dell'OdV		
5.3.4.2 Compiti dell'OdV		
5.3.4.3 Statuto e Regolamento dell'OdV		

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 87 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2015 - Sistema di Gestione della Qualità	ISO 37001:2016 - Sistema di Gestione Anti-Corruzione
6 Pianificazione	6 Pianificazione	6 Pianificazione
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
6.2 Obiettivi per la prevenzione dei reati e pianificazione per il loro raggiungimento	6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento	6.2 Obiettivi per la prevenzione della corruzione e pianificazione per il loro raggiungimento
6.3 Pianificazione delle modifiche	6.3 Pianificazione delle modifiche	
7 Supporto	7 Supporto	7 Supporto
7.1 Risorse	7.1 Risorse	7.1 Risorse
7.1.1 Generalità	7.1.1 Generalità	
7.1.2 Persone	7.1.2 Persone	
7.1.3 Infrastruttura	7.1.3 Infrastruttura	
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi	
7.1.5 Risorse finanziarie	7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione	
	7.1.5.1 Generalità	
	7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni	
7.1.6 Conoscenza organizzativa	7.1.6 Conoscenza organizzativa	
7.2 Competenza	7.2 Competenza	7.2 Competenza
7.2.1 Generalità		7.2.1 Generalità
7.2.2 Processo di assunzione		7.2.2 Processo di assunzione
7.3 Consapevolezza e formazione	7.3 Consapevolezza	7.3 Consapevolezza e formazione
7.4 Comunicazione	7.4 Comunicazione	7.4 Comunicazione
7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV		
7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari		
7.5 Informazioni documentate	7.5 Informazioni documentate	7.5 Informazioni documentate
7.5.1 Generalità	7.5.1 Generalità	7.5.1 Generalità
7.5.2 Creazione ed aggiornamento	7.5.2 Creazione ed aggiornamento	7.5.2 Creazione ed aggiornamento
7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	7.5.3 Controllo delle informazioni documentate
8 Attività operative	8 Attività operative	8 Attività operative
8.1 Pianificazione e controllo operativi	8.1 Pianificazione e controllo operativi	8.1 Pianificazione e controllo operativi
8.1.1 Definizione dei requisiti contrattuali con i clienti		
8.1.2 Gestione dei fornitori		
8.2 Due Diligence	8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi	8.2 Due Diligence
	8.2.1 Comunicazione con il cliente	
	8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	
	8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 88 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2015 - Sistema di Gestione della Qualità	ISO 37001:2016 - Sistema di Gestione Anti-Corruzione
	8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi	
8.3 Controlli finanziari	8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi	8.3 Controlli finanziari
	8.3.1 Generalità	
	8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo	
	8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo	
	8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	
	8.3.5 Output della progettazione e sviluppo	
	8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo	
8.4 Controlli non finanziari	8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno	8.4 Controlli non finanziari
	8.4.1 Generalità	
	8.4.2 Tipo ed estensione del controllo	
	8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni	
8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione dei reati da parte di organizzazioni controllate e soci in affari	8.5 Produzione e erogazione dei servizi	8.5 Attuazione dei controlli per la prevenzione della corruzione da parte di organizzazioni controllate e soci in affari
	8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi	
	8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	
	8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni	
	8.5.4 Preservazione	
	8.5.5 Attività post-consegna	
	8.5.6 Controllo delle modifiche	
8.6 Impegni per la prevenzione dei reati	8.6 Rilascio di prodotti e servizi	8.6 Impegni per la prevenzione della corruzione
8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili	8.7 Controllo degli output non conformi	8.7 Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili
8.7.1 Altri protocolli per l'attuazione delle decisioni dell'organizzazione		
8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione dei reati		8.8 Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione
8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing)		8.9 Segnalazione di sospetti
8.10 Indagini e gestione delle criticità		8.10 Indagini e gestione della corruzione
8.11 Sistema disciplinare e meccanismi sanzionatori		
9 Valutazione delle prestazioni	9 Valutazione delle prestazioni	9 Valutazione delle prestazioni
9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
	9.1.1 Generalità	
	9.1.2 Soddisfazione del cliente	
	9.1.3 Analisi e valutazione	
9.2 Audit interno	9.2 Audit interno	9.2 Audit interno

	Manuale del Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa (Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)					Pagina 89 di 89		
	RIFERIMENTI ALTRE NORME					GS 23101:2017 SEZIONE 10 MIGLIORAMENTO	Aggiornamento documento	
GS 23101:2017	9001	14001	45001	8000	37001		DATA	REVISIONE
	10,10.1, 10.2, 10.3				10, 10.1, 10.2		20/02/2023	01

GS 23101_2017 - Sistema di Gestione della Responsabilità Amministrativa 231	ISO 9001:2015 - Sistema di Gestione della Qualità	ISO 37001:2016 - Sistema di Gestione Anti-Corruzione
9.3 Riesame di direzione	9.3 Riesame di direzione	9.3 Riesame di direzione
9.3.1 Riesame da parte dell'alta direzione	9.3.1 Generalità	9.3.1 Riesame da parte dell'alta direzione
9.3.2 Riesame da parte dell'organo direttivo	9.3.2 Input al riesame della direzione	9.3.2 Riesame da parte dell'organo direttivo
	9.3.3 Output del riesame della direzione	
9.4 Riesame da parte della Compliance Function		9.4 Riesame da parte della funzione di conformità per la prevenzione della corruzione
9.5 Relazione annuale dell'OdV		
10 Miglioramento	10 Miglioramento	10 Miglioramento
	10.1 Generalità	
10.1 Non conformità e azione correttiva	10.2 Non conformità e azioni correttive	10.1 Non conformità e azione correttiva
10.2 Miglioramento continuo	10.3 Miglioramento continuo	10.2 Miglioramento continuo