

Manuale del Modello ex D. Lgs. 231/01
CMS Compliance Management Systems - ISO 37301:2021
Piano di Prevenzione della Corruzione - ISO 37001:2016

SOMMARIO: **0. Introduzione – 1. Scopo e campo di applicazione del Manuale – 2. Riferimenti normativi – 3. Termini e definizioni – 4. Contesto dell'organizzazione – 5 Leadership – 6 Pianificazione – 7 Supporto – 8 Attività operative – 9 Valutazione delle prestazioni – 10 Miglioramento**

0. Introduzione

"La corruzione è un fenomeno diffuso.

Pone serie problematiche sociali, etiche, economiche e politiche, mette a rischio la buona amministrazione, ostacola lo sviluppo e altera la concorrenza. Intacca la giustizia, mina i diritti umani e indebolisce la lotta alla povertà.

Aumenta altresì il costo delle attività economiche, introduce elementi di incertezza nelle transazioni commerciali, accresce il costo di beni e servizi, abbassa la qualità dei prodotti e dei servizi, il che può condurre alla perdita della vita e della proprietà, distrugge la fiducia nelle istituzioni e interferisce con il funzionamento equo ed efficiente dei mercati." (Cit. ISO 37001).

I governi hanno fatto passi avanti nell'affrontare la corruzione sia attraverso accordi internazionali che attraverso leggi nazionali. Nella maggior parte delle giurisdizioni, essere coinvolti in atti di corruzione è un reato contro gli individui e vi è una tendenza crescente a ritenere responsabili di corruzione le organizzazioni così come gli individui. Tuttavia, la legge di per sé non è sufficiente per risolvere il problema.

Le organizzazioni hanno la responsabilità di contribuire attivamente alla lotta alla corruzione.

Tale è il principio che LABCONSULENZE S.R.L. ha posto alla base dello sviluppo ed implementazione del proprio sistema di gestione per la prevenzione della corruzione.

L'implementazione del Sistema di Gestione per la Prevenzione della Corruzione e di un Modello ex D. Lgs. 231/01 (c.d. MOGC 231) non può fornire la certezza che non si siano verificati o che non si verificheranno atti di corruzione in relazione a società, poiché non è possibile eradicare completamente il rischio di corruzione.

Tuttavia, il sistema è stato implementato al fine di attuare misure accettabili e proporzionate, ideate per prevenire, scoprire e affrontare la corruzione.

1. Scopo e campo di applicazione del Manuale

Il presente Manuale specifica i requisiti e fornisce la guida per stabilire, attuare, mantenere, rivedere e migliorare il Sistema di Gestione della Compliance dell'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L.

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 della Compliance**) realizzato con riferimento ai requisiti del **D.Lgs. n. 231 dell'8 giugno 2001**, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19 giugno 2001, che detta la *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della L. 29 settembre 2000, n. 300"*, **oltre che conforme a quanto previsto dall'art. 30 del D.Lgs. n. 81/2008 e compatibile con le procedure semplificate di cui al D.M. 13 febbraio 2014.**

Il D.Lgs. 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, co. 2, D.Lgs. n. 231/2001), se le persone indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

L'ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli enti e, in definitiva, gli interessi economici dei soci, i quali, fino all'entrata in vigore della legge in esame, non pativano conseguenze dalla realizzazione di reati commessi, con vantaggio della società, da amministratori o dipendenti. Il principio di personalità della responsabilità penale li lasciava, infatti, indenni da conseguenze sanzionatorie, diverse dall'eventuale risarcimento del danno, se ed in quanto esistente (quasi sempre, tra l'altro, "coperto" da polizze assicurative).

Sul piano delle conseguenze penali, infatti, soltanto gli artt. 196 e 197 cod. pen. prevedono un'obbligazione civile per il pagamento di multe o ammende inflitte, in caso d'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, amministratori, sindaci, ecc.) che partecipano alle vicende patrimoniali dell'organizzazione, al controllo della regolarità e della legalità dell'operato sociale.

Inoltre, dalla responsabilità non vengono escluse anche le società “Capogruppo”, allorquando risulti che il reato commesso nell’interesse di società “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 D.Lgs. n. 231, infatti, contemplan una forma di “esonero” da responsabilità dell’organizzazione laddove, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, risulti che l’organizzazione abbia adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo 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. n. 231/2001;
- b) la progettazione del sistema di controllo (c.d. protocolli per la programmazione della formazione e attuazione delle decisioni dell’organizzazione), ossia la valutazione del sistema esistente all’interno dell’organizzazione e 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, per operare efficacemente, deve tradursi in un processo continuo e deve essere periodicamente verificato e adeguato 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 Compliance (Compliance Management System - cd. **CMS/MODELLO 231/ABMS**) dell’Organizzazione LABCONSULENZE S.R.L., che costituisca anche

adozione ed efficace attuazione dei Modelli di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui agli artt. 6 e 7 del D.Lgs. dell'8 giugno 2001, n. 231.

Cuore di un CMS/MODELLO 231/ABMS, 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. n. 231/2001. L'obiettivo è quello di garantire l'identificazione dei processi a rischio di illecito (e delle relative attività), stabilendo i Critical Control Points (CCP), al fine di predisporre adeguate attività di monitoraggio e/o adeguamento degli stessi processi, atte a prevenire la realizzazione di un reato presupposto.

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

Nel caso in questione, comunque, è stato utilizzato il metodo che sviluppa una metodologia di analisi dei rischi conforme ai requisiti del presente documento.

Per quanto concerne il Piano A.M.B.S. (*Anti-Bribery Management System*), l'Alta Direzione ha adottato il presente Piano Anti-corruzione in conformità agli standard ed al pieno rispetto delle normative cogenti in materia di prevenzione della corruzione in tutte le sue forme, dirette e indirette, nonché all'integrità, alla trasparenza e alla correttezza nello svolgimento delle attività lavorative.

Il Piano è stato approvato dall'Alta Direzione e, contestualmente, è stata individuata la risorsa Responsabile della conformità per la prevenzione della corruzione mediante l'assegnazione della funzione R.A.M.B.S. all'O.d.V. ex D. Lgs 231/01 anche quale Compliance Manager della Società LABCONSULENZE S.R.L.

La Società, nell'ambito delle proprie possibilità, promuove l'adozione ed il rispetto degli standard definiti dal presente Piano, da parte di tutto il proprio personale, nonché delle società o degli enti riconducibili alla stessa (consorzi, ATI, subappaltatori, ecc.).

Il presente documento affronta i seguenti temi in relazione alle attività dell'organizzazione:

- corruzione nel settore pubblico, privato e del no profit;
- corruzione da parte dell'organizzazione;
- corruzione da parte del personale dell'organizzazione che opera per conto dell'organizzazione o a beneficio di essa;
- corruzione da parte dei soci in affari dell'organizzazione che operano per conto dell'organizzazione o a beneficio di essa;
- corruzione dell'organizzazione;
- corruzione del personale dell'organizzazione in relazione alle attività dell'organizzazione;

- corruzione dei soci in affari dell'organizzazione in relazione alle attività dell'organizzazione;
- corruzione diretta o indiretta (per esempio, una tangente offerta o accettata tramite o da una parte terza).

A partire dalla data di adozione del presente sistema di gestione, i contratti con terze parti in genere che dovessero risultare Soci in Affari della Società LABCONSULENZE S.R.L., dovranno prevedere specifiche clausole sul rispetto dei principi di comportamento dettati dal presente Piano (c.d. Clausola 231).

Il presente documento identifica le modalità con cui la Società ha provveduto a stabilire, attuare, mantenere, aggiornare e migliorare il proprio sistema di gestione per la prevenzione della corruzione.

Inoltre, il presente documento si applica non soltanto alla corruzione, ma anche a tutti i reati presupposto indicati dalla normativa ex artt. 24, 24-bis, 24-ter e 25, 25-bis, 25-ter, 25-quater 25-septies, 25-octies, 25-decies, 25-undecies, 25-duodecies 25-terdecies, 25-quinquiesdecies e 26 D. Lgs. 231/01 vigente che la Società ha reputato a rischio superiore al basso attraverso le analisi opportunamente condotte.

Infatti, definisce i requisiti e fornisce una guida per un sistema di gestione progettato per aiutare a prevenire, scoprire e affrontare la corruzione, nonché a rispettare le leggi sulla prevenzione e lotta alla corruzione (anticorruzione) e gli impegni deliberati applicabili alle sue attività ex art. 24 e 25 D. Lgs. 231/01, nonché per i reati presupposto ex artt. 24-bis, 24-ter, 25-bis, 25-ter, 25-quater 25-septies, 25-octies, 25-decies, 25-undecies, 25-duodecies 25-terdecies, 25-quinquiesdecies e 26 D. Lgs. 231/01.

2. Riferimenti normativi

Di seguito si riporta l'elenco dei principali riferimenti normativi presi in considerazione oltre agli altri separati SGI adottati dalla Società:

UNI EN ISO 37301:2021

UNI EN ISO 37001:2016

D. Lgs. n. 231/2001

Costituzione Repubblica Italiana

Codice Penale

Codice Procedura Penale

Codice Civile

Codice Procedura Civile

(altre) Leggi dello Stato italiano

Direttive e Regolamenti UE

Leggi internazionali

3. Termini e definizioni

In questa sezione sono riportati principali termini e definizioni utilizzati nel manuale, nelle procedure, nel codice etico, nei modelli ed in tutta la documentazione del sistema di gestione di riferimento.

Ai fini del presente documento, si applicano i termini e le definizioni seguenti. ISO e IEC mantengono database terminologici per fini di standardizzazione ai seguenti indirizzi:

- **ISO Online browsing platform** visitabile all'indirizzo:
<http://www.iso.org/obp>
- **IEC Electropedia** visitabile all'indirizzo: <http://www.electropedia.org/>

<u>Termine</u>	<u>Definizione</u>
Analisi dei rischi	Attività dell'analisi specifica della singola organizzazione finalizzata a rilevare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati
Audit (del sistema di gestione)	Processo di verifica (interno di I^ parte, esterno di II^ o III^ parte, combinato) 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, alle procedure o requisiti di quello adottati dall'organizzazione
Codice etico	Insieme dei diritti, doveri e delle responsabilità dell'organizzazione nei confronti di terzi interessati quali dipendenti, clienti, fornitori, etc., e finalizzati a promuovere raccomandare o vietare determinati comportamenti indipendentemente da quanto previsto a livello normativo
Decreto Legislativo n. 231/2001	Decreto Legislativo n. 231 del 8 Giugno 2001: "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"
Direzione	Amministratore unico e/o legale rappresentante dell'impresa

Modello organizzativo

Insieme di strutture, delle responsabilità, delle modalità di espletamento delle attività e dei protocolli/procedure adottate ed attuati tramite i quali si espletano le attività caratteristiche dell'organizzazione

**Organismo di Vigilanza
O.d.V.**

Organismo di vigilanza previsto dall'Articolo 6, Comma 1, Lettera b) del D.Lgs.n.231/01 cui è affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello 231 e di curarne l'aggiornamento continuo

Politica per la prevenzione dei reati

Obiettivi ed indirizzi generali di una organizzazione per quanto riguarda la prevenzione dei reati espressa in modo formale dalla direzione

Rischio

Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato / illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del D.Lgs.n.231/01 e s.m.i. o anche Effetto dell'incertezza sugli obiettivi

Rischio accettabile

Rischio che può essere ridotto ad un livello tollerabile per l'organizzazione con il riferimento agli obblighi di legge a quanto espresso dal sistema di gestione per la responsabilità amministrativa ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non in modo fraudolento

SGRA/MOGC231

Acronimo che identifica il Sistema di Gestione per la Responsabilità Amministrativa - Modello organizzativo di gestione e controllo ex D. Lgs. 231/01

Sistema disciplinare

Sistema disciplinare di cui all'Articolo 6, Comma 2, lett. e) del D.Lgs.n.231/01

Corruzione

Offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (che può essere economico o non economico), direttamente o indirettamente, e indipendentemente dal luogo, violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere

	azioni in relazione alta prestazione delle mansioni di quella persona
Organizzazione	Persona o gruppo di persone avente funzioni proprie con responsabilità, autorità e relazioni per conseguire i propri obiettivi
Parte Interessata; Stakeholder (termine ammesso)	Persona oppure <i>organizzazione</i> che può influenzare, essere influenzata, o percepire sé stessa come influenzata da una decisione o attività.
Requisito	Esigenza che è esplicita e obbligatoria
Sistema di gestione	Insieme di elementi correlati o interagenti di <i>un'organizzazione</i> finalizzato a stabilire <i>politiche, obiettivi e processi</i> per conseguire tali obiettivi
Alta Direzione:	Persona o gruppo di persone che, al livello più elevato, dirigono e controllano un <i>'organizzazione</i>
Organo Direttivo	Gruppo o organo che detiene la responsabilità definitiva e l'autorità per le attività, l'amministrazione e le politiche dell' <i>organizzazione</i> a cui la capo l' <i>alta direzione</i> e che controlla le responsabilità dell'alta direzione
Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione R.A.B.M.S.	La persona o le persone aventi la responsabilità e l'autorità per il funzionamento del sistema <i>di gestione</i> per la prevenzione della corruzione
Efficacia	Grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati.
Politica	Orientamenti e indirizzi di <i>un'organizzazione</i> espressi in modo formale dalla propria <i>alta direzione</i> o dal proprio <i>organo direttivo</i>
Obiettivo	Risultato da conseguire
Competenza	Capacità d'applicare conoscenze e abilità per conseguire i risultati attesi

Informazioni documentate	Informazioni che devono essere controllate e conservate da parte d <i>un'organizzazione</i> incluso il supporto che la contiene
Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano input in output
Prestazioni	Risultati misurabili
Informazioni documentate	Informazioni che devono essere controllate e conservate da parte d <i>un'organizzazione</i> incluso il supporto che la contiene
Affidare all'esterno, Esternalizzare (verbo), Outsourcing	Stipulare un accordo nel quale <i>un'organizzazione</i> esterna esegue parte di una funzione o di un <i>processo</i> dell'organizzazione.
Monitoraggio	Determinazione dello stato di un sistema, di un <i>processo</i> o di un'attività
Misurazione	<i>Processo</i> per determinare un valore
Conformità	Soddisfacimento di un <i>requisito</i>
NON Conformità:	Mancato soddisfacimento di un <i>requisito</i>
Azione correttiva	Azione tesa a eliminare la causa di una <i>non conformità</i> e a impedirne la ricorrenza
Miglioramento continuo	Attività ricorrente di miglioramento della <i>prestazione</i>
Personale	Dirigenti, funzionari, dipendenti, staff o lavoratori temporanei e volontari dell' <i>organizzazione</i>
Socio in affari	Parte esterna con cui <i>l'organizzazione</i> ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale
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, incluse quelle per un'agenzia pubblica o un'impresa pubblica, oppure qualsiasi funzionario o agente di un'organizzazione pubblica, nazionale o internazionale, o qualsiasi candidato per un incarico pubblico

Parte terza

Persona o ente indipendente dall'organizzazione.

Conflitto di interessi

Situazione in cui gli interessi commerciali, economici, famigliari, politici o personali potrebbero interferire con il giudizio degli individui nello svolgimento delle loro funzioni per l'*organizzazione*

**Due Diligence
Investigazioni Difensive**

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

4. Contesto dell'organizzazione

4.1. Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

L'organizzazione, nell'effettuazione dell'Analisi dei Rischi e dell'implementazione del CMS/MODELLO 231/ABMS, ha individuato e tenuto in considerazione i fattori interni ed esterni che sono rilevanti per il suo scopo¹ e che influiscono sulla sua capacità di raggiungere gli obiettivi del Sistema.

In particolare, sono stati tenuti in considerazione i seguenti fattori:

- a) il modello di business, compresi strategia, natura, dimensione e grado di complessità e sostenibilità delle attività generali e operative dell'organizzazione, inclusi la struttura ed il sistema delle deleghe;
- b) la natura e l'ambito delle relazioni di business con terze parti, in particolare i soggetti sui quali l'organizzazione ha il controllo e le entità che esercitano il controllo sulla organizzazione;
- c) le leggi applicabili ed ogni altro obbligo e dovere normativo e contrattuale;
- d) la situazione economica;
- e) i contesti sociale, culturale e ambientale;
- f) le strutture, politiche, processi, procedure e risorse interne, comprese le tecnologie;
- g) la propria cultura della compliance, in generale.

4.2. Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha stabilito:

- a) le parti interessate che sono rilevanti per il CMS/MODELLO 231/ABMS;
- b) i requisiti rilevanti pertinenti ogni parte interessata, distinguendo tra requisiti obbligatori, non obbligatori e volontari;
- c) quali di questi requisiti sono trattati nell'ambito del CMS/MODELLO 231/ABMS.

4.3. Scopo e campo di applicazione del CMS/MODELLO 231/ABMS

L'organizzazione ha determinato i confini e l'ambito di applicabilità del CMS/MODELLO 231, tenendo in considerazione:

- a) i fattori interni ed esterni di cui al § 4.1;

¹ Cfr. Visura CCIAA aziendale ed SGI-ANCO Analisi del Contesto

- b) i requisiti delle parti interessate di cui al § 4.2;
- c) gli obblighi di compliance di cui al § 4.5;
- d) i risultati della valutazione dei rischi di cui al § 4.6.

Alla luce di quanto sopra, l'organizzazione ha stabilito che il proprio CMS/MODELLO 231/ABMS sarà applicabile in ordine alla prevenzione della commissione dei reati presupposto della responsabilità amministrativa ex D.Lgs. n. 231/2001 ed applicato alle seguenti parti dell'organizzazione ed ai seguenti processi meglio individuati nelle specifiche Parti Speciali ex artt. 24, 24-bis, 24-ter e 25, 25-bis, 25-ter, 25-quater 25-septies, 25-octies, 25-decies, 25-undecies, 25-duodecies 25-terdecies, 25-quinquiesdecies e 26 D. Lgs. 231/01 per il seguente ambito di applicazione:

«SERVIZI DI COMMERCIALIZZAZIONE, NOLEGGIO, INSTALLAZIONE E MANUTENZIONE DI APPARECCHIATURE ELETTRONICHE FISSE E MOBILI PER IL CONTROLLO E LA RILEVAZIONE ELETTRONICA DELLE INFRAZIONI AL CODICE DELLA STRADA, PER LA REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSTA E LA VIDEOSORVEGLIANZA, IN FAVORE DI ENTI PUBBLICI E PRIVATI, INCLUSE SOCIETA' APPARTENENTI AL MEDESIMO GRUPPO IMPRENDITORIALE. SISTEMI DI VIDEOSORVEGLIANZA E SICUREZZA STRADALE ED URBANA. GESTIONE AREE DI SOSTA. EROGAZIONE, MANUTENZIONE E GESTIONE OPERATIVA DI SISTEMI PER L'ELABORAZIONE DEI DATI PER CONTO DI ENTI PUBBLICI E PRIVATI COMMITTENTI, INCLUSE SOCIETA' APPARTENENTI AL MEDESIMO GRUPPO IMPRENDITORIALE MEDIANTE PIATTAFORME INFORMATICHE DI PROPRIETÀ. SERVIZI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLE PROCEDURE SANZIONATORIE AMMINISTRATIVE DI COMPETENZA DEGLI ENTI PUBBLICI E/O DI PRIVATI COMMITTENTI, INCLUSE SOCIETA' APPARTENENTI AL MEDESIMO GRUPPO IMPRENDITORIALE DESTINATE SU TERRITORIO NAZIONALE E/O INTERNAZIONALE, COMPRESSE LE ATTIVITA' DI DATA ENTRY, STAMPA E IMBUSTAMENTO. SERVIZI DI RECUPERO CREDITI STRAGIUDIZIALE E/O GIUDIZIALE SUL TERRITORIO NAZIONALE E/O INTERNAZIONALE. SERVIZI DI ACCERTAMENTO, LIQUIDAZIONE, RISCOSSIONE ORDINARIA E COATTIVA DI TUTTE LE ENTRATE TRIBUTARIE, EXTRA TRIBUTARIE, PATRIMONIALI E NON PER ENTIPUBBLICI E/O PRIVATI COMMITTENTI, INCLUSE SOCIETA' APPARTENENTI AL MEDESIMO GRUPPO IMPRENDITORIALE IN CONCESSIONE E/O SUPPORTO. SERVIZI DI CONSULENZA NELLA GESTIONE DEL CONTENZIOSOAMMINISTRATIVO E GIURISDIZIONALE.

REALIZZAZIONE DI PROGETTI DI SVILUPPO TERRITORIALE INTEGRATI, MEDIANE SOLUZIONI INNOVATIVE E SOSTENIBILI. SUPPORTO NELLA INDIVIDUAZIONE DI FONTI DI FINANZIAMENTO EU E NAZIONALI CON GESTIONE DELL'ITER, DALLA PREPARAZIONE DELLA DOMANDA, FINO ALLA CONCLUSIONE DEGLI INTERVENTI. REALIZZAZIONE DI PROGETTI DI FATTIBILITÀ TECNICO ECONOMICA; INDIVIDUAZIONE DI BANDI E FINANZIAMENTI NELL'AMBITO DEL PNRR CON SUPPORTO AGLI ENTI PUBBLICI PER LA PREPARAZIONE DELLE DOMANDE E DELLA DOCUMENTAZIONE PER LA RICHIESTA DEI FINANZIAMENTI, PREDISPOSIZIONE PROGETTAZIONE ESECUTIVA, SUPPORTO E ASSISTENZA

NELLA REALIZZAZIONE, RENDICONTAZIONE E NEL COLLAUDO DEGLI INTERVENTI FINANZIATI. PRESENTAZIONE, PROGETTAZIONE, REALIZZAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI NELL'AMBITO DI PROJECT FINANCING PER LA REALIZZAZIONE DI OPERE E SERVIZI INNOVATIVI PER LA COLLETTIVITÀ. DIGITALIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DI DATI E DOCUMENTI».

4.4. CMS/MODELLO 231/ABMS

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha stabilito, documentato ed attuato, mantiene e continuamente riesamina, se necessario migliorandolo, il proprio CMS/MODELLO 231/ABMS, ragionevolmente proporzionato con i requisiti di cui ai §§ 4.1, 4.2, 4.3, 4.5 e 4.6, compresi i processi necessari e le loro interazioni, in conformità con i requisiti della Norma di riferimento e delle Obbligazioni di Compliance.

Il CMS/MODELLO 231/ABMS è costituito da questo Manuale e dagli ulteriori documenti richiamati e contiene misure volte a identificare e valutare il rischio di non compliance con la finalità di prevenire, rilevare e rispondere a comportamenti che possano costituire (o anche solo contribuire al rischio di compimento) reati presupposto della responsabilità amministrativa ex D. Lgs. n. 231/2001, anche se si è consapevoli che non è possibile eliminare completamente il rischio di non-compliance.

4.5. Obblighi di Compliance

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. identifica sistematicamente gli obblighi di compliance ex D. Lgs. n. 231/2001 che derivano dalle proprie attività, prodotti e servizi, valutandole il relativo impatto sulle proprie attività operative. A tal scopo, nelle specifiche² di ogni processo e di ogni mansione sono indicati gli obblighi di compliance correlati.

L'organizzazione, nelle sopraccitate specifiche e nel documento elettronico appresso citato, ha disposto responsabilità e attività necessarie al fine di:

- a) identificare obblighi di compliance nuovi o modificati per assicurare la compliance su base continuativa;
- b) valutare l'impatto dei cambiamenti identificati e attuare ogni necessaria modifica nella gestione degli obblighi di compliance.

L'organizzazione mantiene informazioni documentate dei propri obblighi di compliance anche tramite il documento elettronico "*Controllo Esigenza Adeguamento Conformità*" et similia utilizzabile per il riepilogo, monitoraggio e la gestione di eventuali novità legislative e/o regolamentari e/o inerenti gli obblighi di compliance in genere da recepire nel CMS/MODELLO 231/ABMS e che possono avere impatti anche sui contenuti e struttura dello stesso.

² Le specifiche di processo possono coincidere con i protocolli per l'attuazione delle decisioni previsti dal D.Lgs. n. 231/2001 e dagli altri documenti dei SGI anche UN EN ISO adottati.

4.6. Valutazione del rischio compliance

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha effettuato e riesamina periodicamente una valutazione del rischio compliance che:

- a) identifica i rischi di compliance che l'organizzazione può ragionevolmente prevedere, visti i requisiti elencati ai §§ 4.1, 4.2, 4.3 e 4.5, rappresentandoli come "Scenari di Rischio";
- b) ha analizzato e valutato i sopraccitati rischi, stabilendo un indice di priorità;
- c) ha valutato l'adeguatezza e l'efficacia dei controlli esistenti per mitigare i rischi di compliance valutati.

L'organizzazione ha stabilito dei criteri per valutare il livello di rischio di compliance, che tiene conto delle politiche e degli obiettivi dell'organizzazione.

La valutazione del rischio di compliance è riesaminata:

- a) su base regolare in occasione del Riesame della Direzione e in concomitanza con le periodicità di monitoraggio definite per i vari "Scenari di Rischio" rappresentato nella valutazione del rischio, in modo che i cambiamenti e le nuove informazioni possono essere adeguatamente valutati;
- b) in caso di un cambiamento significativo della struttura, strategia o attività dell'organizzazione;
- c) in occasione dell'introduzione di nuove fattispecie di reato presupposto della responsabilità amministrativa *ex* D.Lgs. n. 231/2001 e, in generale, della revisione/ampliamento degli obblighi di compliance;
- d) in occasione di cambiamenti esterni significativi, quali circostanze economico-finanziarie, condizioni di mercato, responsabilità legali e relazioni con i clienti;
- e) in occasione di fusioni e acquisizioni;
- f) al verificarsi di non-compliance (anche un singolo incidente di non compliance può costituire un cambiamento sostanziale nelle circostanze) e "quasi incidenti" (near-misses).

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. conserva tutte le informazioni documentate che dimostrano che la valutazione del rischio di compliance è stata condotta e utilizzata per progettare e migliorare il CMS/MODELLO 231/ABMS.

Per ogni "Scenario di Rischio" rappresentato, sono rese disponibili tutte le informazioni utilizzate, con l'indicazione della fonte e del responsabile del reperimento, archiviazione, aggiornamento.

5. Leadership

5.1. Leadership e impegno

5.1.1. Organo di Governo e Alta Direzione

L'Organo Direttivo e l'Alta Direzione³ dimostrano leadership e impegno nei confronti del CMS/MODELLO 231/ABMS:

- a) approvando la Politica e gli Obiettivi per la Compliance garantendo che siano compatibili la strategia dell'organizzazione, mediante azioni continuative e periodiche di comunicazione e monitoraggio, delle quali si conservano idonee registrazioni⁴;
- b) garantendo l'integrazione dei requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS nei processi dell'organizzazione, per come si può evincere dalle specifiche di processo;
- c) garantendo che le risorse appropriate necessarie per il funzionamento efficace del CMS/MODELLO 231/ABMS vengano adeguatamente ripartite ed assegnate, per come si può evincere dai Mansionari, deleghe o budget assegnati;
- d) comunicando internamente ed esternamente la Politica e gli Obiettivi di Compliance (si veda il "Piano di comunicazione di Compliance" o "Piano ABMS" o "Piano D. Lgs. 231" e le relative registrazioni);
- e) richiedendo e riesaminando ad intervalli pianificati, informazioni sul contenuto e il funzionamento del CMS/MODELLO 231/ABMS dell'organizzazione, anche per il tramite della Compliance Function e dell'Organismo di Vigilanza, per come riportato nel Piano dei Flussi Informativi riportato nell'Analisi dei Rischi (ERMES 231/37301);
- f) esercitando una ragionevole vigilanza sull'attuazione del CMS/MODELLO 231/ABMS dell'organizzazione, mediante le azioni di monitoraggio dei flussi informativi, anche per il tramite della Compliance Function e dell'Organismo di Vigilanza e le risultanze delle attività di audit e riesame.
- g) assicurando che il CMS/MODELLO 231/ABMS, compresa la Politica e gli obiettivi, sia stabilito, attuato, mantenuto e riesaminato così da poter affrontare adeguatamente i rischi di compliance dell'organizzazione;
- h) garantendo che il CMS/MODELLO 231/ABMS è opportunamente progettato per raggiungere i suoi obiettivi, per come specificato nel Riesame;
- i) dirigendo e sostenendo il personale per contribuire all'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS;

³ Qualora non coincidano anche per riconoscimento o attività "de facto"

⁴ Es. Si possono organizzare Comitati specifici o prendere decisioni nelle riunioni O.d.V.

- j) promuovendo il miglioramento continuo, anche stimolando ogni stakeholder a fornire il proprio contributo, mediante appositi canali di comunicazione riportati sul sito web dell'organizzazione;
- k) sostenendo i responsabili di funzione per dimostrare la loro leadership nel prevenire e individuare la compliance per quanto possa applicarsi alle loro aree di responsabilità, promuovendo il loro aggiornamento e stimolandoli ad organizzare momenti di condivisione con le funzioni controllate;
- l) assicurando che sia mantenuto l'impegno verso la compliance e che le non-compliance ed i relativi comportamenti siano trattati in modo appropriato, incluso l'attuazione di un adeguato Sistema Disciplinare;
- m) incoraggiando l'uso di procedure di segnalazione di atti corruttivi sospetti o effettivi (*vedi § 8.3*);
- n) garantendo che nessun membro del personale possa subire ritorsioni, discriminazione o azioni disciplinari per segnalazioni fatte in buona fede, o sulla base di una ragionevole convinzione di violazione, anche solo sospetta, della Politica dell'organizzazione o per aver rifiutato di impegnarsi in attività illecite, anche se tale rifiuto può comportare perdite aziendali (a meno che l'individuo abbia partecipato alla violazione) c.d. *Whistleblowing*;
- o) designando la Compliance Function (*vedi § 5.3.2*).

5.1.2. Cultura della compliance

L'organizzazione ha sviluppato, mantiene e promuove una cultura della compliance a tutti i livelli dell'organizzazione, mediante apposite sessioni di informazione e formazione in presenza ed online ed e-learning, oltre che mediante apposita sezione dell'Intranet.

L'organismo di governo, l'alta direzione e il management dimostrano un impegno attivo, visibile, coerente e sostenuto circa uno standard di comportamento e condotta comuni che viene richiesto all'interno dell'organizzazione, tramite la condivisione e la vigilanza sull'attuazione del "*Codice Etico*" distribuito a tutto il personale e reso disponibile online, tramite il sito web, a tutti gli altri stakeholder.

L'alta direzione incoraggia comportamenti tali da creare e supportare la compliance, istituendo un sistema di rewarding periodico, promuovendo anche l'invio di proposte di miglioramento da parte di ogni stakeholder, oltre che comunicando l'esistenza di opportuni protocolli di segnalazione (*vedi § 8.3*).

L'Alta Direzione e l'Organo di Governo intendono prevenire e non tollerano comportamenti in grado di compromettere la compliance stessa, avendo anche istituito un apposito Sistema Disciplinare, la cui attuazione è prevista non solo nel caso di violazioni di legge, ma anche di violazioni delle regole del CMS/MODELLO 231/ABMS in genere.

5.1.3. Governance della compliance

L'Organo di Governo e l'Alta Direzione assicurano che siano attuati i seguenti principi:

- accesso diretto all'organo di governo da parte della Compliance Function, tramite una linea diretta di reporting all'organismo di governo;
- l'emissione di rapporti periodici all'organismo di governo e la partecipazione ad alcune riunioni di quest'ultimo;
- indipendenza della Compliance Function, non essendole state conferite ulteriori ruoli operativi;
- appropriate autorità e competenza della Compliance Function, avendola posta in staff all'organo di governo ed avendone comunicato a tutti i livelli il proprio ruolo, la propria indipendenza e la posizione in staff all'organo di governo.

5.2. Politica per la compliance e per la prevenzione della corruzione

L'Organo di Governo e l'Alta Direzione hanno stabilito, mantengono e riesaminano periodicamente la Politica per la Compliance e per la prevenzione della corruzione (cfr. Allegato "Politica per la Compliance e per la prevenzione della corruzione") che:

- a) È appropriata alle finalità dell'organizzazione e allineata ai suoi valori, obiettivi e strategie;
- b) fornisce un quadro per l'impostazione, la revisione e il raggiungimento degli obiettivi di compliance;
- c) richiede il rispetto dei requisiti dei requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS ed in special modo degli obblighi di compliance che sono applicabili all'organizzazione;
- d) è appropriata agli scopi dell'organizzazione;
- e) supporta i principi di governance della compliance in conformità al § 5.1.3;
- f) incoraggia le segnalazioni in buona fede, o sulla base di una ragionevole convinzione di fiducia, senza paura di rappresaglie;
- g) include un impegno al miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- h) fa riferimento, descrive e ne spiega l'autorità e l'indipendenza della Compliance Function;
- i) spiega le conseguenze della mancata conformità agli obblighi, politiche, processi e procedure/protocolli relativi alla Compliance, inclusa l'attuazione di un apposito Sistema Disciplinare;
- j) è diffusa ad ogni livello;
- k) vieta la corruzione in ogni sua forma attiva e/o passiva, propria ed impropria;
- l) richiede la conformità alle leggi per la prevenzione della corruzione applicabili all'organizzazione.

La politica di compliance ex D. Lgs 231/01 MOGC/ABMS è disponibile come informazione documentata:

- consegnata direttamente al personale, nonché disponibile in originale presso la direzione aziendale e scaricabile dall'intranet aziendale, oltre che dal sito web dell'organizzazione per tutti gli altri stakeholder;
- esposta presso l'albo aziendale nelle lingue e linguaggio utili ad essere compresa da tutto il personale.

5.3. Ruoli, responsabilità ed autorità

5.3.1. Organo di Governo e Alta Direzione

L'Alta Direzione, anche eventualmente tramite delega formale dell'Organo Direttivo, ha assunto la responsabilità generale per l'attuazione e il rispetto del CMS/MODELLO 231/ABMS, assicurando che le responsabilità, le autorità competenti ai ruoli rilevanti ai fini dell'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS e le necessarie risorse siano assegnati e comunicati a tutti i livelli dell'organizzazione.

A tal fine, ha attuato un sistema di deleghe e procure formali per i livelli direttivi e di Mansionari per tutte le figure in Organigramma e di Specifiche di Processo/Protocolli, che formano parte integrante del CMS/MODELLO 231/ABMS.

I manager e i responsabili di funzione in genere a tutti i livelli sono responsabili di pretendere che i requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS vengano applicati e rispettati nelle aree di competenza e devono effettuare se del caso report periodici all'Alta Direzione in caso di anomalie e segnalazioni sospette od a rischio.

L'Organo Direttivo, l'Alta Direzione e tutti gli altri membri del personale sono responsabili della comprensione, rispetto e applicazione dei requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS, per quanto di competenza del proprio ruolo nell'organizzazione.

La violazione di qualsiasi requisito del presente CMS/MODELLO 231/ABMS è soggetta all'applicazione del Sistema Disciplinare adottato dall'organizzazione.

L'Alta Direzione assicura l'allineamento tra i traguardi di natura strategica e operativa e gli obblighi di compliance, stabilisce e mantiene meccanismi di accountability, comprese azioni disciplinari e relative conseguenze e assicura l'integrazione delle prestazioni relative alla compliance nelle valutazioni delle prestazioni del personale.

L'Organo di Governo "misura" l'alta direzione a fronte del raggiungimento degli obiettivi per la compliance ed esercitare una supervisione su di essa in riferimento alle attività operative del CMS/MODELLO 231/ABMS.

5.3.2. Compliance Function

L'Organo di Governo ha assegnato alla Compliance Function le responsabilità e l'autorità di:

- a) facilitare l'identificazione degli obblighi di compliance;
- b) documentare il processo di valutazione dei rischi di compliance (*vedi § 4.6*);
- c) allineare il CMS/MODELLO 231/ABMS agli obiettivi per la compliance;
- d) monitorare e misurare le prestazioni relative alla compliance;
- e) analizzare e valutare le prestazioni del CMS/MODELLO 231/ABMS per identificare ogni esigenza di azioni correttive;
- f) stabilire un reporting relativo alla compliance ed un sistema documentale;
- g) assicurare che il CMS/MODELLO 231/ABMS sia riesaminato a intervalli pianificati (*vedi §§ 9.2 e 9.3*);
- h) stabilire un sistema per far emergere preoccupazioni e assicurare che quest'ultime siano affrontate.
- i) supervisionare l'attuazione a tutti i livelli dell'organizzazione del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- j) fornire consulenza, orientamento e formazione per il personale sul CMS/MODELLO 231/ABMS e sulle questioni relative alla compliance in generale;
- k) assicurare che il CMS/MODELLO 231/ABMS sia conforme ai requisiti della Norma ISO 37301:2021, ISO 37001:2016 ed al D. Lgs. 231/01;
- l) riferire sulle prestazioni del CMS/MODELLO 231/ABMS all'Organo Direttivo o all'Alta Direzione, stabilendo appositi indicatori di prestazione.

La **Compliance Function** è dotata di risorse adeguate (*budget*) ed è stata assegnata a persona che ha la competenza del caso, lo status, l'autorità e l'indipendenza (*vedi l'Organigramma dell'organizzazione ed il CV della Compliance Manager, disponibili in originale presso la Direzione o scaricabile dal sito web dell'organizzazione*).

La Compliance Function ha accesso diretto e rapido all'Organo Direttivo ed all'Alta Direzione nel caso in cui qualsiasi problema o preoccupazione sia sollevata in relazione alla compliance o al CMS/MODELLO 231/ABMS.

La Compliance Function ha accesso:

- ai decisori senior, avendo l'opportunità di contribuire sin dalle fasi iniziali dei processi decisionali (es. *dissenting opinion, recommendation, etc.*);
- a tutti i livelli dell'organizzazione ed a tutto il personale, informazioni documentate e dati necessari;
- a eventuali consulenze competenti in riferimento a leggi, regolamenti, codici e specifiche organizzative pertinenti.

5.3.3. Management

Oltre l'attribuzione di responsabilità tramite le Specifiche di Processo (Protocolli) e i Mansionari, è attuato un sistema formale di deleghe per l'assegnazione di responsabilità al management dell'organizzazione inerenti le decisioni in relazione alle quali sono associati Scenari a rischio di compliance, nella quale l'organizzazione ha stabilito e mantiene un processo decisionale e un insieme di controlli che garantiscono che il processo di decisione ed il livello di autorità del decisore siano appropriati e privi di conflitti reali o potenziali di interesse.

L'Alta Direzione assicura che questi processi siano riesaminati periodicamente in attuazione del proprio ruolo e responsabilità per l'attuazione e il rispetto del CMS/MODELLO 231/ABMS.

In definitiva, il management è responsabile in riferimento alla compliance nell'ambito delle proprie aree di responsabilità:

- cooperando e supportando la Compliance Function e incoraggiando il personale a fare altrettanto;
- assicurando che il personale sotto il proprio controllo sia conforme agli obblighi, politiche, processi e procedure di compliance dell'organizzazione;
- identificando e comunicando i rischi di compliance nelle proprie attività operative;
- integrando gli obblighi di compliance nelle prassi e procedure di business esistenti nell'ambito delle proprie aree di responsabilità;
- partecipando e supportando le attività di formazione in materia di compliance;
- sviluppando consapevolezza, da parte del personale, circa gli obblighi di compliance, indirizzando le persone a soddisfare i requisiti di formazione e competenza;
- incoraggiando il proprio personale a far emergere preoccupazioni relative alla compliance, supportandoli e impedendo ogni forma di ritorsione;
- partecipando attivamente alla gestione e risoluzione di incidenti e questioni correlati alla compliance, come richiesto;
- assicurando che, una volta sia stata identificata l'esigenza di azioni correttive, quest'ultime siano raccomandate e attuate.

5.3.4. Personale

Tutto il personale è a conoscenza che deve:

- aderire agli obblighi, politiche, processi e procedure relativi alla compliance dell'organizzazione;
- riferire preoccupazioni, questioni e malfunzionamenti relativi alla compliance;
- partecipare alla formazione, come richiesto.

5.3.5. Organismo di Vigilanza - R.A.B.M.S.

L'Organo di Governo ha istituito l'Organismo di Vigilanza (O.d.V.) ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. n. 231/2001 e R.A.B.M.S. in conformità alla ISO 37001:2016, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, cui ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del CMS/MODELLO 231/ABMS e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.

Requisiti e poteri dell'O.d.V. - R.A.B.M.S.

L'Organismo di Vigilanza e Controllo e R.A.B.M.S.:

- 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 approvato annualmente dall'Organo di Governo (ed ampliabile a richiesta dell'O.d.V. e R.A.B.M.S. stesso) per richiedere tutte le spese necessarie per assolvere alle proprie funzioni;
- d) garantisce continuità di azione;
- e) può colloquiare alla pari con tutti i livelli 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 e/o all'Organo di Governo l'entità di eventuali sanzioni a carico dei soggetti che non hanno rispettato le prescrizioni contenute nel modello organizzativo;
- h) è destinatario di flussi informativi obbligatori (*vedi § 9.1.2*);
- i) può pianificare e condurre in autonomia attività di audit sul CMS/MODELLO 231/ABMS.

È garantita l'assenza di:

- i) relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il quarto grado con componenti dell'Alta Direzione, dell'Organo di Governo, sindaci e revisori incaricati dalla società di revisione, nonché soggetti apicali dell'organizzazione a qualsiasi titolo;
- ii) titolarità, diretta o indiretta, di partecipazioni di entità tale da permettere di esercitare una influenza dominante o notevole sull'organizzazione;
- iii) funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso l'organizzazione;
- iv) rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'O.d.V.;
- v) 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 D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o delitti ad essi assimilabili;

- vi) condanna, con sentenza anche non passata in giudicato, ovvero con provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità, ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese.

Compiti dell'O.d.V. - R.A.B.M.S.

Le attività che l'O.d.V. e R.A.B.M.S. è chiamato ad assolvere, anche sulla base delle indicazioni contenute negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 231/2001 e ISO 37001:2016, possono così schematizzarsi:

- 1) vigilanza sull'effettività del CMS/MODELLO 231/ABMS, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il modello istituito;
- 2) disamina in merito all'adeguatezza del CMS/MODELLO 231/ABMS, 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 CMS/MODELLO 231/ABMS;
- 4) cura che avvenga il necessario aggiornamento in senso dinamico del CMS/MODELLO 231/ABMS, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti. Tale cura, di norma, si realizza in due momenti distinti e integrati:
 - a) presentazione di proposte di adeguamento del CMS/MODELLO 231/ABMS 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 l'Organo di Governo;
 - 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 un eventuale "Statuto dell'OdV", approvato dall'Organo di Governo o dallo stesso O.d.V. in propria autonomia ed indipendenza.

Statuto e Regolamento dell'O.d.V.

L'Organo di Governo o lo stesso O.d.V. può approvare uno Statuto dell'Organismo di Vigilanza che, oltre a prevedere le modalità attuative di quanto sopra definito, preveda:

- 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 governo stesso di una relazione periodica sull'attività svolta;

- d) in relazione all'impiego di risorse da parte dell'OdV: il ricorso a funzioni interne dell'organizzazione, nonché a consulenti esterni;
- e) in relazione alla potenziale situazione di conflitto di interessi con l'organizzazione, in cui possa trovarsi un membro dell'OdV, la comunicazione all'Organo di Governo e ad eventuali altri organi di controllo (se necessario) della situazione di potenziale o attuale conflitto di interessi, con riferimento ad una operazione a rischio o categoria di operazioni a rischio.

6. Pianificazione

6.1. Azioni per affrontare rischi e opportunità

Nel pianificare il proprio CMS/MODELLO 231/ABMS, l'organizzazione ha preso in considerazione gli aspetti di cui al § 4.1, i requisiti di cui al § 4.2, gli obblighi di compliance di cui al § 4.5, i rischi identificati al § 4.6, e le opportunità di miglioramento derivanti al fine di:

- a) dare la ragionevole certezza che il CMS/MODELLO 231/ABMS possa raggiungere i suoi obiettivi;
- b) prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati rilevanti per la Politica e gli Obiettivi di Compliance;
- c) controllare l'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- d) ottenere un miglioramento continuo.

L'organizzazione ha pianificato:

- le azioni per affrontare i rischi di compliance *analizzati nei vari Scenari di Rischio* e le opportunità di miglioramento;
- e come:
 - integrare e attuare tali azioni nei propri processi del CMS/MODELLO 231/ABMS;
 - valutare l'efficacia di queste azioni.

6.2. Obiettivi per la compliance e pianificazione per il loro raggiungimento

L'organizzazione ha stabilito gli obiettivi di compliance del CMS/MODELLO 231/ABMS per tutte le funzioni e livelli rilevanti, richiamandoli nella Politica ed analizzandoli nel Riesame della Direzione.

Gli obiettivi del CMS/MODELLO 231/ABMS:

- a) sono coerenti con la Politica di Compliance e per la prevenzione della corruzione;
- b) sono misurabili (*almeno a livello quali-quantitativo*);
- c) tengono conto dei fattori applicabili di cui al § 4.1, dei requisiti di cui al § 4.2, degli obblighi di compliance di cui al § 4.5 e dei rischi di compliance individuati al § 4.6;
- d) sono praticamente realizzabili e conseguibili;
- e) possono essere monitorati;
- f) sono comunicati ai livelli competenti;
- g) sono opportunamente aggiornati.

L'organizzazione conserva tutte le informazioni documentate inerenti gli obiettivi del CMS/MODELLO 231/ABMS.

Nel pianificare come raggiungere gli obiettivi del CMS/MODELLO 231/ABMS, l'organizzazione ha stabilito:

- Ciò che deve essere fatto;
- Quali risorse sono necessarie;
- Il responsabile del raggiungimento degli stessi;
- Quando devono essere raggiunti gli obiettivi;
- Come vengono valutati e rendicontati i risultati;
- Chi ha l'autorità per comminare eventuali sanzioni o penali.

6.3. Pianificazione delle modifiche

Quando l'organizzazione determina l'esigenza di modifiche al CMS/MODELLO 231/ABMS (*vedi § 4.6*), queste sono effettuate in modo pianificato.

L'organizzazione prende in considerazione:

- le finalità delle modifiche e le loro potenziali conseguenze;
- la progettazione e l'efficacia operativa del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- la disponibilità di risorse adeguate;
- l'allocazione o riallocazione di responsabilità e autorità.

7. Supporto

7.1. Risorse

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha individuato e fornito le risorse necessarie per la creazione, l'implementazione, la manutenzione e il miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231/ABMS.

In particolare, si rimanda alle singole Specifiche di Processo (Protocolli), oltre che ai "Mansionari" e alle deleghe e procure conferite.

7.2. Competenza

7.2.1. Generalità

L'organizzazione:

- a) ha determinato le competenze necessaria delle persone che lavorano sotto il proprio controllo e che influenza le prestazioni del CMS/MODELLO 231/ABMS (*vedi Mansionari*);
- b) garantisce che tali persone siano competenti sulla base di un'adeguata istruzione, formazione o esperienza;
- c) dove si è reso necessario, ha intrapreso azioni per acquisire e mantenere le competenze necessarie, e valutare l'efficacia delle azioni intraprese;
- d) mantiene informazioni documentate appropriate come prova delle competenze.

7.2.2. Processo di impiego

In relazione a tutto il personale, l'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. attua processi tali che:

- a) le condizioni di assunzione richiedono che il personale rispetti la Politica di compliance ed il CMS/MODELLO 231/ABMS e per la prevenzione della corruzione e danno all'organizzazione il diritto di comminare sanzioni disciplinari in caso di violazioni (si veda il Sistema Disciplinare);
- b) preventivamente all'avviamento al lavoro, il personale neo-assunto riceve una copia della Politica di compliance e per la prevenzione della corruzione e riceve formazione documentata in relazione a tale politica;
- c) l'organizzazione dispone di un *Sistema Disciplinare* che gli consente di prendere azioni disciplinari nei confronti del personale che viola la Politica di compliance e per la prevenzione della corruzione o il CMS/MODELLO 231/ABMS;
- d) il personale non subisca ritorsioni, discriminazione o azioni disciplinari (per esempio con minacce, isolamento, abbassamento di livello, limitazione di carriera, trasferimento, licenziamento, bullismo, vittimizzazione o altre forme di molestie) per:

- 1) il rifiuto di partecipare o respingere qualsiasi attività per la quale si sia ragionevolmente giudicato che vi sia un rischio di compliance che non sia stato mitigato dalla dell'organizzazione; o
- 2) aver sollevato sospetti o effettuato segnalazioni in buona fede e/o sulla base di una convinzione ragionevole, di atti di non-compliance tentati, effettivi o presunti o della violazione della Politica di compliance o del CMS/MODELLO 231 e per la prevenzione della corruzione (a meno che l'individuo abbia egli stesso partecipato alla violazione).

In relazione a tutte le funzioni che sono esposte ad un rischio di compliance, per come stabilito nella valutazione del rischio di compliance (*vedi § 4.6*), e per la Compliance Function, l'organizzazione attua delle procedure che prevedono che:

- a) una due diligence venga condotta sulle persone prima di essere assunte, sul personale prima di essere trasferito o promosso dall'organizzazione, per accertare, per quanto ragionevolmente possibile, che sia opportuna l'assunzione o la riassegnazione (es. assenza di conflitti di interessi e/o divieti di legge) e che sussistano motivi validi per ritenere che essi si conformeranno alla Politica di compliance ed ai requisiti del CMS/MODELLO 231 e per la prevenzione della corruzione (si veda la Procedura di Gestione del Personale);
- b) i premi di risultato, gli obiettivi di performance e altri elementi incentivanti di remunerazione siano rivisti periodicamente per verificare che vi siano ragionevoli garanzie per impedire che costituiscano incentivi alla non-compliance;
- c) il Management, nonché l'Organo Direttivo, l'Alta Direzione e la Compliance Function, rilascino una dichiarazione (es. Dichiarazione 231, Casellario giudiziale e Visura, etc.) ad intervalli ragionevolmente proporzionati con il rischio di compliance individuato, con la quale sottoscrivano la loro volontà di conformità con la Politica di compliance e per la prevenzione della corruzione.

7.2.3. Formazione

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. fa opportune campagne di sensibilizzazione e fornisce regolarmente adeguata e appropriata formazione sulla compliance al personale.

Tale formazione, anche e-learning, affronta le seguenti questioni, a seconda dei casi, tenendo conto dei risultati della valutazione dei rischi di compliance (*vedi § 4.6*):

- a) Politica di compliance e per la prevenzione della corruzione, procedure (protocolli) dell'organizzazione e del CMS/MODELLO 231/ABMS e l'obbligo di doverle rispettare;
- b) il rischio di compliance e il danno all'organizzazione che può derivare dalla non-compliance;
- c) le circostanze in cui la non-compliance può verificarsi in relazione ai loro compiti, e come riconoscere tali circostanze;

- d) come riconoscere e rispondere alle sollecitazioni di non-compliance;
- e) come si può aiutare a prevenire ed evitare la non-compliance e riconoscere i principali indicatori di rischio di non-compliance;
- f) il contributo che ognuno può dare all'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS, compresi i benefici circa il miglioramento delle prestazioni di compliance e le segnalazioni di sospetta non-compliance;
- g) le implicazioni e le conseguenze potenziali delle non conformità e/o non-compliance ai requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- h) come e a chi comunicare eventuali problemi (*vedi § 8.3*);
- i) informazioni su tutte le ulteriori attività formative e su altre risorse disponibili.

Le attività di sensibilizzazione e formazione al personale sono fornite su base regolare e ad intervalli pianificati a seconda dei ruoli, dei rischi di compliance a cui sono esposti e di tutte le circostanze ragionevolmente prevedibili (*vedi* Mansionari e Programma Annuale di Sensibilizzazione e Formazione).

I programmi di sensibilizzazione e formazione sono analizzati periodicamente ed aggiornati (se necessario) in occasione del Riesame della Direzione e/o per riflettere eventuali aggiornamenti pertinenti.

Tenendo conto dei rischi di compliance individuati (*vedi § 4.6*), l'organizzazione attua anche delle procedure di sensibilizzazione e formazione per i soci in affari che agiscono per suo conto o a suo vantaggio e che potrebbe rappresentare un rischio di non-compliance per l'organizzazione stessa. Tali procedure consentono di identificare i soci in affari per i quali è necessaria tale sensibilizzazione e formazione (es. commerciali), il suo contenuto e le modalità di erogazione (*vedi* Procedura Sensibilizzazione e Formazione).

L'organizzazione conserva informazioni documentate delle attività di sensibilizzazione e formazione, sul loro contenuto e su quando e a chi è stata erogata.

La sensibilizzazione e la formazione per i soci in affari sono imposte (per quanto possibile) attraverso requisiti contrattuali o simili (es. Clausola 231).

7.3. Consapevolezza

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

- della politica per la compliance e per la prevenzione della corruzione;
- del proprio contributo all'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni relative alla compliance;
- delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS, inclusa l'attuazione del Sistema Disciplinare;

- delle procedure per far emergere preoccupazioni relative alla compliance (vedere punto 8.3);
- della relazione tra la politica per la compliance e gli obblighi di compliance pertinenti al proprio ruolo;
- dell'importanza di sostenere una cultura della compliance e per la prevenzione della corruzione.

Gli strumenti utilizzati per garantire la consapevolezza del personale, nei termini sopra esposti sono i Mansionari (oltre ad eventuali deleghe e/o procure) ed il Programma Annuale di Sensibilizzazione e Formazione ed altri documenti all'uopo redatti.

7.4. Comunicazione

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha determinato le comunicazioni interne ed esterne relative al CMS/MODELLO 231/ABMS, stabilendo tra l'altro:

- a) ciò che comunica;
- b) quando comunicare;
- c) con chi comunicare;
- d) come comunicare;
- e) chi comunica;
- f) le lingue in cui comunicare.

Nel definire il proprio Piano di Comunicazione della Compliance, l'organizzazione ha:

- considerato aspetti di diversità e potenziali barriere in termini di esigenze di comunicazione;
- assicurato che, nella definizione dei propri processi di comunicazione, siano stati considerati i punti di vista delle parti interessate;
- nella definizione dei propri processi di comunicazione:
 - incluso una comunicazione relativa alla propria cultura, obiettivi e obblighi di compliance;
 - assicurato che le informazioni relative alla compliance da comunicare siano coerenti con le informazioni generate nell'ambito del CMS/MODELLO 231/ABMS e che esse siano affidabili;
- risposto a comunicazioni rilevanti circa il CMS/MODELLO 231/ABMS;
- conservato informazioni documentate come evidenza delle proprie comunicazioni, per quanto appropriato;
- comunicato al proprio interno informazioni rilevanti per il CMS/MODELLO 231/ABMS tra i vari livelli e funzioni dell'organizzazione, comprese le modifiche al CMS/MODELLO 231/ABMS, per quanto appropriato;
- assicurato che i propri processi di comunicazione consentano al personale di contribuire al miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231/ABMS;

- assicurato che i propri processi di comunicazione consentano al personale di far emergere preoccupazioni (*vedi § 8.3*);
- comunicato verso l'esterno informazioni rilevanti per CMS/MODELLO 231/ABMS, come stabilito dai processi di comunicazione dell'organizzazione, includendo comunicazioni circa la propria cultura, i propri obiettivi e obblighi di compliance;
- stabilito i flussi informativi verso la Compliance Function e l'Organo di Governo, oltre che verso l'Organismo di Vigilanza.

La Politica di Compliance e di Prevenzione della corruzione e rispetto D. Lgs231/01 è consegnata direttamente a tutto il personale dell'organizzazione, oltre che inviata direttamente ai soci in affari che rappresentano un rischio di compliance ed è pubblicata attraverso tutti i canali di comunicazione interni ed esterni dell'organizzazione, incluso il sito web, a seconda dei casi.

7.4.1. Flussi informativi verso l'O.d.V. - R.A.B.M.S.

L'obbligo di informazione all'Organismo di Vigilanza è un ulteriore strumento per agevolare l'attività di vigilanza sull'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS e di accertamento a posteriori delle cause che hanno reso possibile l'eventuale verificarsi di un reato.

Le informazioni suddette sono stabilite nell'ambito dei vari processi e mansioni, oltre le ulteriori indicate dall'eventuale Statuto dell'O.d.V. e riguardano:

- a) le risultanze periodiche delle attività (soprattutto quelle ad alto rischio), inclusa quelle di controllo, realizzate per dare attuazione al CMS/MODELLO 231/ABMS (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 e R.A.B.M.S.

Si rimanda al "Piano dei flussi informativi verso l'O.d.V. e R.A.B.M.S." per il dettaglio degli stessi flussi, inclusi i processi di riferimento, i mittenti dei flussi e la periodicità di invio.

Ogni flusso verso l'O.d.V. e R.A.B.M.S. deve essere registrato dall'O.d.V. e R.A.B.M.S. stesso nel "Registro – Controllo Flussi o segnalazioni O.d.V.", gestito in autonomia dall'O.d.V. e R.A.B.M.S. attuato mediante la propria riservata casella di posta elettronica.

7.4.2. Rapporti tra l'OdV e R.A.B.M.S. e gli organi societari

L'O.d.V. e R.A.B.M.S. deve effettuare una riunione con l'Organo di Governo, 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'O.d.V. e R.A.B.M.S.

Dai suddetti verbali devono risultare:

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

I verbali devono essere sottoscritti dagli intervenuti.

L'O.d.V. e R.A.B.M.S., inoltre, consegna all'Organo di Governo una propria Relazione Periodica (*vedi § 9.1.4*) ove non abbia partecipato alle riunioni.

7.5. Informazioni documentate

7.5.1. Generalità

Il CMS/MODELLO 231/ABMS dell'organizzazione comprende:

- a) tutte le informazioni documentate previste dalla Norma ISO 37301:2021 e ISO 37001:2016 e D. Lgs. 231/01, oltre quelle obbligatorie correlate agli obblighi di compliance (es. altre UNI EN ISO applicate);
- b) tutti i dati documentati e le registrazioni citati nel presente Manuale e nei documenti richiamati ed altri ritenuti dall'organizzazione necessari per l'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS.

Si rimanda all'Elenco Documenti/Procedure/Modelli del CMS/MODELLO 231/ABMS per i dettagli.

7.5.2. Creazione e aggiornamento

Durante la creazione e l'aggiornamento delle informazioni documentate, l'organizzazione garantisce adeguati:

- identificazione e descrizione;
- formato e supporto;
- processi di revisione e approvazione per l'idoneità e l'adeguatezza.

Si rimanda all'Elenco Documenti/Procedure/Modelli del CMS/MODELLO 231 per i dettagli.

7.5.3. Controllo delle informazioni documentate

Le informazioni documentate richieste dal CMS/MODELLO 231/ABMS e dalla Norma ISO 37301:2021 e ISO 37001:2016 e D. Lgs. 231/01 sono controllate per garantire:

- a) che siano disponibili e adatte per l'uso, dove e quando è necessario;
- b) siano adeguatamente protette (ad esempio, da perdita di riservatezza, uso improprio, o perdita di integrità).

Per il controllo delle informazioni documentate, l'organizzazione tiene conto delle seguenti attività, a seconda dei casi:

- Distribuzione, l'accesso, il recupero e l'uso;
- Stoccaggio e conservazione, tra cui la conservazione della leggibilità;
- Controllo delle modifiche (ad esempio controllo delle versioni);
- Memorizzazione ed eliminazione.

Le informazioni documentate di origine esterna, che l'organizzazione ritiene necessarie per la pianificazione e il funzionamento del CMS/MODELLO 231/ABMS sono identificate come appropriate allo scopo e gestite in maniera controllata.

8. Attività operative

8.1. Pianificazione e controllo operativo

L'organizzazione pianifica, implementa, riesamina e controlla i propri processi, in speciale modo quelli necessari per soddisfare i requisiti della Norma ISO 37301:2021 e ISO 37001:2016 e D. Lgs. 231/01 (indicati al § 4.3) ed attua le azioni determinate al § 6.1:

- a) stabilendo e documentando i criteri per ognuno dei processi;
- b) attuando il controllo dei processi in conformità con i criteri;
- c) mantenendo informazioni documentate nella misura necessaria ad avere la fiducia che i processi siano stati effettuati come previsto.

L'organizzazione controlla i cambiamenti pianificati e riesamina le conseguenze dei cambiamenti inaspettati, intervenendo per attenuare gli effetti negativi, se necessario.

L'organizzazione assicura che anche i processi affidati in outsourcing sono tenuti sotto controllo analogamente a quelli gestiti internamente.

In particolare, l'organizzazione valuta e seleziona i fornitori e i subappaltatori in base alla loro capacità di fornire un prodotto/servizio conforme ai requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS.

Sono stati stabiliti in seno ad apposita Specifica di Processo, i criteri per la selezione, la valutazione e la ri-valutazione dei fornitori e dei subappaltatori, inclusi, ove appropriati, i controlli circa l'affidabilità tecnico-finanziaria, la moralità professionale e l'eventuale inclusione nelle liste internazionali dei soggetti legati, direttamente ed indirettamente, al terrorismo e/o alla malavita organizzata.

Sono mantenute informazioni documentate dei risultati delle valutazioni e delle eventuali azioni necessarie risultanti dalla valutazione.

Inoltre, viene svolta, in particolar modo quando emerge uno Scenario di Rischio non basso, la due diligence per ottenere informazioni sufficienti per valutare l'affidabilità del fornitore o del subappaltatore.

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:

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

8.2. Definizione di controlli e procedure

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. attua controlli per gestire i propri obblighi di compliance e rischi di compliance associati. Tali controlli sono mantenuti, riesaminati su base periodica e sottoposti a prova per assicurare la loro continua efficacia.

L'organizzazione ha, quindi, individuato e riportato nelle varie Specifiche di Processo (Protocolli) 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, ai sensi di quanto emerso dalla valutazione dei rischi di cui al § 4.6. Ciò include, dove applicabile, la gestione dei cambiamenti.

Per queste operazioni e attività, l'organizzazione, se del caso, implementa e mantiene attive:

- a) controlli operativi, nella misura applicabile all'organizzazione ed alle sue attività; a tal scopo ha predisposto, ove ritenuto necessario, oltre alle Specifiche di Processo, anche delle check-list ivi richiamate;
- b) criteri operativi, per governare le situazioni in cui l'assenza di queste potrebbe portare difformità rispetto alla Politica e agli Obiettivi del CMS/MODELLO 231/ABMS;

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

- a) Responsabilità: chi è il Responsabile del Processo e quali sono le figure coinvolte, ai vari livelli di responsabilità, nelle singole attività di processo;
- b) Elementi di Input: su quali dati, informazioni, eventi o documenti si basano le singole attività di Processo; da dove provengono (intra o extra processo) e chi deve riceverli;
- c) Risorse impegnate: quali risorse, umane, tecniche, organizzative, logistiche, sono utilizzate per lo svolgimento delle singole attività;

- d) Elementi di Output: quali dati, informazioni, eventi o documenti producono in Output le singole attività Processo, con l'indicazione della destinazione (intra o extra processo);
- e) Eventuali “best-practice” o “warnings” relativi a comportamenti particolari da evitare;
- f) Tipologia e modalità di informazioni da trasmettere all'Organismo di Vigilanza di cui all'art. 6, co. 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 necessarie a fornire evidenza che i processi di realizzazione soddisfino i requisiti, sono in una forma adeguata al modo di operare dell'organizzazione.

Due diligence

Laddove, in relazione a categorie specifiche di transazioni, progetti o attività, a relazioni in previsione o in corso con categorie specifiche di soci in affari, od a categorie specifiche di personale che ricopre posizioni particolarmente esposte, la Società - anche per il tramite delle consociate infragruppo - provvede a valutare la natura e l'entità del rischio di corruzione in rapporto alle transazioni, ai progetti, alle attività, ai soci in affari e ai membri del personale specifici che rientrano in tali categorie; detta valutazione viene aggiornata, ove necessario, a cadenza annuale in modo che gli eventuali cambiamenti e le nuove informazioni vengano debitamente e sistematicamente presi in considerazione.

Tale valutazione si applica a tutte le transazioni, i progetti, le attività, i soci in affari ed i membri del personale specifici per i quali si rilevi un rischio di corruzione superiore al livello basso.

Per la determinazione delle ipotesi di applicabilità e gestione delle relative attività, si rimanda alla specifica procedure “Due Diligenze”.

Controlli finanziari

Al fine di gestire il rischio di corruzione l'organizzazione effettua controlli finanziari che prevedono l'attuazione di una separazione di compiti, in modo che un pagamento non possa essere avviato e approvato dalla stessa persona.

Il controllo della regolarità delle fatture di acquisto e l'autorizzazione del pagamento vengono effettuati dall'Ufficio Acquisti; le fatture passano così all'Amministrazione che esegue il pagamento secondo le scadenze programmate.

Nella remota ipotesi di insufficiente liquidità per far fronte a tutte le scadenze, l'Ufficio Acquisti autorizza i pagamenti da eseguire dando priorità nell'ordine: alle RIBA, alle utenze, alle consulenze professionali, e ai fornitori di prodotti “meno utilizzati”.

L'uso del denaro contante nelle transazioni è fortemente limitato e nessuna transazione di importo superiore a € 1.000,00 può, normalmente, essere effettuata per cassa.

L'Alta Direzione ha il compito di gestire la cassa e ne cura la rendicontazione che deve essere supportata da idonea documentazione fiscale (scontrini fiscali, fatture, ecc.).

Eventuali pagamenti in contanti eseguiti per conto della Società., sempre preventivamente autorizzati dall'ufficio acquisti, sono rimborsati dietro presentazione di relativo titolo giustificativo (fattura, ricevuta, scontrino fiscale).

Controlli non finanziari

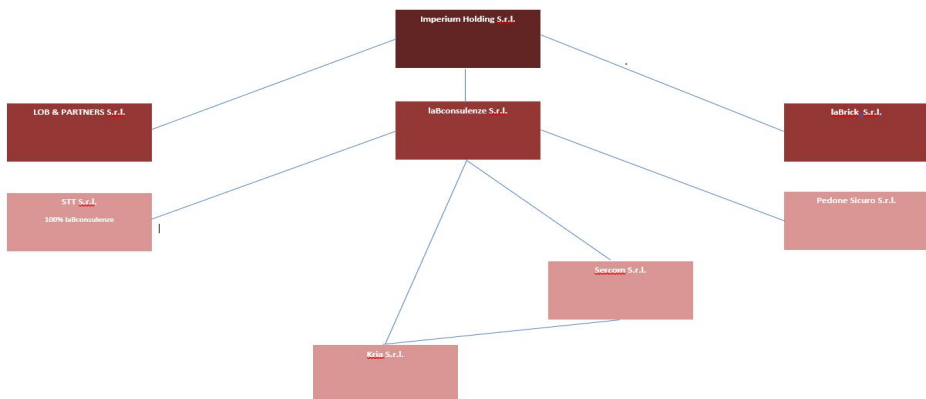
L'organizzazione effettua controlli non finanziari che gestiscono il rischio di corruzione relativamente alle attività poste in essere.

I controlli effettuati sono rappresentati da:

- i sub-appaltatori, fornitori, soci in affari e consulenti approvati vengono sottoposti a un processo di qualifica durante il quale si valuta il rischio legato al loro coinvolgimento in atti di corruzione, attraverso l'analisi dei questionari di pre-qualifica e l'effettuazione di opportune due diligence, quando applicabile;
- controlli sul debito svolgimento dei servizi, effettuato con sopralluoghi, da effettuarsi sui cantieri esterni di erogazione del servizio, con l'analisi e valutazione della soddisfazione del cliente, durante lo svolgimento degli audit interni;
- verifica della riconsegna da parte degli operatori delle "Schede approvazione intervento", timbrate e sottoscritte dal committente o suo delegato.

Attuazione dei controlli per la prevenzione della corruzione da parte di organizzazioni controllate e soci in affari

L'organizzazione fa parte di un gruppo la cui azienda leader è Imperium Holding s.r.l.



In relazione ai soci in affari la cui valutazione del rischio di corruzione (cfr. §4.5) o la due diligence abbiano rilevato un rischio di corruzione superiore al livello basso e laddove i controlli per la prevenzione della corruzione attuati aiuterebbero a contenere il rischio di corruzione in questione, la Società richiede al socio in affari di mettere in atto i controlli per la prevenzione della corruzione che gestiscano i relativi rischi di corruzione.

Laddove il socio in affari non metta in atto i controlli per la prevenzione della corruzione o non sia possibile verificare se li metta in atto:

1. se fattibile, la Società pretenderà dal socio in affari che dia attuazione ai controlli per la prevenzione della corruzione in riferimento alla transazione, al progetto o all'attività pertinente dandone evidenza.
2. oppure, se non è fattibile pretendere che il socio in affari dia attuazione ai controlli per la prevenzione della corruzione, ciò costituirà un fattore da considerare nella valutazione del rischio di corruzione concernente la relazione con tale socio in affari.

In relazione ai rapporti infragruppo, in base ad apposito accordo quadro stipulato tra le consociate, la capogruppo Imperium Holding s.r.l. e le subholding laBconsulenze s.r.l. e Ser.com. s.r.l. impongono a tutte le controllate direttamente ed indirettamente l'adozione di modelli organizzativi e gestionali idonei a prevenire i reati di corruzione.

Le consociate e controllate, altresì, sono tenute a replicare, implementare, adottare ed attuare in modo efficiente ed efficace le misure preventive indicate dalla capogruppo e che siano state motivatamente considerate idonee dagli organi della società eterodiretta.

La capogruppo, altresì, ha il potere di dare indicazione di massima (anche nell'ambito dei c.d. regolamenti di gruppo), fissando i principi a cui le singole controllate dovranno ispirarsi nella predisposizione dei contenuti di maggiore dettaglio del modello organizzativo e gestionale, in modo che gli stessi risultino in linea con la complessiva politica di gruppo.

La gestione dei rapporti infragruppo deve avvenire secondo i principi dettati in materia dal Codice Civile ed in ossequio ai criteri imposti dalle leggi e dai regolamenti vigenti, nonché in applicazione dei principi contenuti nel Codice Etico e del MOGC vigente.

Le controllate sono tenute ad osservare i protocolli e le procedure previste per i rapporti infragruppo, assoggettandosi ai controlli dell'O.d.V. e R.A.B.M.S. fornendo allo stesso ampia collaborazione anche attraverso flussi informativi almeno con cadenza annuale.

I controlli minimi da eseguire, almeno con cadenza annuale, sono:

- acquisizione visure, casellari giudiziari, carichi pendenti e visure societarie e sull'Alta Direzione delle controllate;

- acquisizione informazioni su reclami, contestazioni, apertura procedimenti, rescissioni contrattuali, provvedimenti dell'Autorità giudiziaria e/o amministrativa;
- Flussi informativi O.d.V. e/o R.A.B.M.S. da parte delle controllate;
- acquisizione informazioni su soci in affari a rischio medio/alto (es. visure, report, business intelligence es Cerved).

Impegni per la prevenzione della corruzione

Ai soci in affari che pongono un rischio di corruzione superiore al livello basso, la Società chiede di sottoscrivere un impegno a prevenire atti di corruzione da parte dello stesso socio in affari, per suo conto o a suo vantaggio in relazione alla transazione, al progetto, all'attività o alla relazione pertinente.

Laddove risulti necessario, congruo od opportuno instaurare un rapporto di collaborazione con organizzazioni esterne, la Società chiede copia delle dichiarazioni rese dai Soci in affari in sede di partecipazione a gare/avvalimenti/ATI/subappalti.

È previsto inoltre l'invio, ed il successivo aggiornamento, della politica di prevenzione della corruzione, nonché l'inserimento, nei contratti stipulati con tali soci, di apposite clausole di rispetto dei principi e dei requisiti in essa contenuti.

Regali, ospitalità, donazioni e benefici simili

La Società LABCONSULENZE S.R.L. ha definito regole specifiche per prevenire l'offerta, la fornitura o l'accettazione di regali, ospitalità, donazioni e benefici simili laddove tale offerta, fornitura o accettazione, rappresenti un atto di corruzione o possa essere ragionevolmente percepito come tale. I dettagli di queste regole, unitamente alle sanzioni comminabili in caso di mancata applicazione, sono stabiliti all'interno della "Politica per la prevenzione della corruzione".

Considerati gli usi e le tradizioni locali, la Società può in occasione di eventi organizzati dalle associazioni no profit operative sulla zona (feste patronali, eventi di promozione dei prodotti e delle tradizioni locali...), effettuare donazioni nell'ammontare massimo di € 200,00, e per un ammontare massimo nell'anno non superiore ad € 500,00.

Limiti superiori possono essere ritenuti opportuni ed decisi dall'Alta Direzione in base all'elevato e speciale valore sociale, etico e civico dell'iniziativa no-profit anche in base alla Politica Etica ISO SA 8000:2014 adottata.

A fronte del contributo viene richiesto rilascio di ricevuta e l'inserimento del nominativo della Società nel materiale promozionale e divulgativo dell'evento stesso.

L'organizzazione non finanzia partiti/enti politici.

Gestione dell'inadeguatezza dei controlli per la prevenzione della corruzione

Laddove la due diligence condotta su una specifica transazione, progetto, attività o relazione con un socio in affari stabilisca che i rischi di corruzione non possono essere affrontati dai controlli per la prevenzione della corruzione esistenti e che l'organizzazione non possa o non voglia attuare controlli per la prevenzione della corruzione aggiuntivi o più approfonditi oppure non possa o non voglia intraprendere altre misure idonee (come cambiare la natura della transazione, del progetto, dell'attività o della relazione) per consentire che l'organizzazione gestisca i rischi di corruzione in questione, l'organizzazione provvederà ad adottare misure adeguate ai rischi di corruzione e alla natura della transazione, del progetto, dell'attività o della relazione avvalendosi della facoltà di cessare, interrompere, sospendere o ritirarsi da ciò non appena possibile.

8.3. Segnalazioni di sospetti (far emergere le preoccupazioni)

L'organizzazione, tramite il presente Manuale e la Procedura "Whistleblowing", redatta in conformità alla legislazione vigente ed alla Norma ISO 37002:2021 "Whistlebolowing Management Systems"⁵, ove non espressamente vietate dalle leggi locali in particolari giurisdizioni:

- a) incoraggia e consente alle persone di segnalare in buona fede o in base ad una ragionevole convinzione la tentata, sospetta o effettiva azione illecita, o qualsiasi violazione o carenza del CMS/MODELLO 231/ABMS, rivolgendosi all'O.d.V., alla Compliance Function e/o alle persone specificate nella summenzionata Procedura, se non coinvolti (direttamente o tramite un soggetto terzo);
- b) ad eccezione di un procedimento richiesto per procedere a un'indagine, gestisce i rapporti in modo confidenziale, in modo da proteggere l'identità del segnalatore e di altre persone coinvolte o a cui si fa riferimento nel report di segnalazione;
- c) consente la segnalazione anonima;
- d) vieta ritorsioni e protegge coloro che fanno segnalazioni in buona fede, o sulla base di una convinzione ragionevole, di una tentata, sospetta o effettiva azione corruttiva o una violazione della Politica di compliance o del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- e) consente al personale di ricevere consigli da una persona appropriata su cosa fare di fronte a un problema o una situazione che potrebbe rappresentare un atto corruttivo.

⁵ Al momento i riferimenti di legge genericamente applicabili (al netto di alcuni provvedimenti per taluni settori specifici) sono il D. Lgs. 165/2001 per le organizzazioni pubbliche e la L. n. 179/2017 per le organizzazioni private che adottino un Modello 231/01. Occorre fare anche riferimento alla Direttiva UE 2019/1937 ed alla Norma ISO 37002 "Whistleblowing Management Systems".

L'organizzazione garantisce che tutto il personale sia a conoscenza delle procedure di segnalazione e sia in grado di usarle essendo consapevole dei propri diritti e delle tutele nel quadro delle procedure adottate.

La violazione dei principi sopra illustrati e di quelli riportati nella Procedura "Whistleblowing" comporterà l'applicazione delle procedure e delle eventuali sanzioni previste dal Sistema Disciplinare.

FORME E MODALITÀ DELLA SEGNALAZIONE

La segnalazione può essere presentata:

- a mezzo posta elettronica, all'indirizzo e-mail: **odv@labconsulenze.it**;
- a mezzo posta ordinaria all'indirizzo:

LABCONSULENZE S.R.L.

Via Angelo Brunetti, 60 – 00186 Roma (RM)

specificando:

***Alla c.a. dell'O.d.V. - R.A.B.M.S. Sig. AVV. FABRIZIO LOIZZO
con dicitura «RISERVATO»***

Con riferimento alle segnalazioni pervenute con le suddette modalità, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dalla Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione, che ne garantirà la riservatezza.

Chiunque riceva una segnalazione di illecito deve tempestivamente inoltrarla all'O.d.V. - R.A.B.M.S. nel rispetto della garanzia di riservatezza (ad esempio inoltrando la segnalazione chiusa in doppia busta, scrivendo sulla busta "**RISERVATO**").

Il processo di gestione delle segnalazioni si attiva con l'invio all'O.d.V. - R.A.B.M.S., a cui è affidato il delicato compito di proporre strumenti e misure per contrastare fenomeni corruttivi.

CHI PUÒ SEGNALARE

La specifica tutela prevista dal Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione è rivolta a tutti i segnalanti, siano essi dipendenti, collaboratori, soci in affari, ecc.

Possono essere prese in considerazione anche segnalazioni anonime se sono ben circostanziate, dettagliate, in grado di far emergere fatti relazionati a contesti determinati, considerata l'impossibilità di richiedere eventuali approfondimenti.

Tuttavia, in questo caso la segnalazione può avvenire solo mediante il servizio postale.

COSA SEGNALARE

Possono formare oggetto di segnalazione tutti i fatti corruttivi o gli illeciti che rientrano nella definizione di corruzione e altri fatti di reato rilevanti ex d. Lgs. 231/01, e comprendono tra l'altro l'offerta, la promessa, l'accettazione o la richiesta di un vantaggio indebito, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, favoritismi, comportamenti che contrastano con la legge e pregiudicano l'affidamento delle parti interessate e del mercato nell'imparzialità e nell'integrità della Società.

Le segnalazioni non devono mai riguardare doglianze di carattere personale o rivendicazioni.

COSA DEVE CONTENERE LA SEGNALAZIONE

È importante che nella segnalazione ci siano gli elementi utili per permettere all'O.d.V. - R.A.B.M.S. di fare le verifiche, accertamenti e valutare la fondatezza dei fatti segnalati.

La segnalazione in sintesi deve contenere almeno:

- I dati del segnalante (che saranno trattati tutelando la riservatezza); Il luogo e periodo, anche indicativo, in cui si è verificato il fatto;
- la chiara descrizione del fatto;
- ogni altra informazione conosciuta o documento che possa confermare la fondatezza dei fatti segnalati.

Non è necessario che il segnalante sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati o dell'autore, è sufficiente che ritenga altamente probabile che si sia verificato il fatto.

In ogni caso non sono considerate giuridicamente le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci.

TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIVIETO DI DISCRIMINAZIONE

L'identità del segnalante è protetta in tutte le fasi e in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Nell'eventuale procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non è rivelata senza il suo consenso, a meno che la sua conoscenza non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Inoltre, il denunciante non può essere soggetto a pressioni o discriminazioni dirette o indirette aventi effetto sulle condizioni di lavoro per motivi collegati alla denuncia.

Anche quando la conoscenza del segnalante è indispensabile, durante un eventuale procedimento disciplinare, le funzioni che si occupano dei procedimenti disciplinari sono tenuti agli stessi obblighi di riservatezza del responsabile della prevenzione della corruzione.

VERIFICA DELLA FONDATEZZA DELLA SEGNALAZIONE

L'O.d.V. - R.A.B.M.S.:

- cura l'istruttoria rispettando la tutela della riservatezza e il principio di imparzialità nell'interesse di tutte le parti coinvolte;
- effettua indagini e valuta i fatti;
- chiede chiarimenti se strettamente necessari, inclusa l'audizione del segnalante e di eventuali altri soggetti;

- utilizza il contenuto delle segnalazioni per identificare le aree critiche dell'organizzazione in un'ottica di miglioramento della qualità ed efficacia del Sistema di prevenzione della corruzione.

L'O.d.V. - R.A.B.M.S., in caso di manifesta ed evidente infondatezza, può decidere di archiviare la segnalazione.

In caso contrario può:

- predisporre le AC necessarie per rafforzare le misure di prevenzione della corruzione nell'ambito in cui è emerso il fatto segnalato;
- informare l'Alta Direzione della avvenuta segnalazione, evidenziando la necessità di tutela della riservatezza;
- segnalare i fatti all'Autorità giudiziaria se ne rileva la competenza e vi sia obbligo di denuncia.

8.4. Processi di indagine - Investigazioni difensive

L'organizzazione attua la Procedura "Indagini" che, ove non espressamente vietato dalle leggi locali in certe giurisdizioni:

- a) prevede una valutazione e, quando è il caso, un'indagine di qualsiasi atto illecito o violazione della Politica o del CMS/MODELLO 231/ABMS, che venga segnalato, rilevato o che sia anche solo ragionevolmente sospetto;
- b) prevede azioni appropriate nel caso in cui l'indagine riveli qualsivoglia atto illecito o violazione della Politica o del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- c) danno potere e capacità d'azione agli investigatori;
- d) richiedono una cooperazione nelle indagini da parte del personale pertinente;
- e) richiedono, se del caso, che lo stato dei risultati delle indagini siano riferiti alla Compliance Function, all'Alta Direzione ed all'Organo di Governo e ad altre funzioni, a seconda dei casi;
- f) richiedono che l'indagine venga condotta in modo confidenziale e che i risultati delle indagini siano confidenziali.

Restano, se del caso, sempre applicabili le investigazioni difensive preventive o difensive ex artt. 391-bis e ss. c.p.p. mediante la nomina di un Avvocato penalista fiduciario e il conferimento di incarico ad Agenzie di investigazione autorizzate.

9. Valutazione delle prestazioni

9.1. Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1. Generalità

L'organizzazione, in attuazione della propria Politica, valuta le prestazioni di compliance e l'efficacia e l'efficienza del CMS/MODELLO 231/ABMS e a tal fine, nell'ambito della Valutazione del Rischio di cui al punto 4.5 e della definizione degli Obiettivi di cui al punto 6.2 (si veda allegato "Obiettivi e Programmi"), ha stabilito:

- a) ciò che deve essere monitorato e misurato;
- b) chi è il responsabile per il monitoraggio;
- c) i metodi per il monitoraggio, la misurazione, l'analisi e la valutazione, a seconda del caso, al fine di garantire risultati validi;
- d) quando devono essere eseguiti il monitoraggio e la misurazione;
- e) quando i risultati del monitoraggio e la misurazione devono essere analizzati e valutati;
- f) a chi e come devono essere riportate tali informazioni.

L'organizzazione conserva le informazioni documentate delle attività sopraccitate.

9.1.2. Fonti di informazioni di ritorno (feedback) sulle prestazioni relative alla compliance

L'organizzazione ha stabilito, attua, valuta e mantiene processi per ricercare e ricevere informazioni di ritorno (feedback) sulle proprie prestazioni relative alla compliance da diverse fonti.

In particolare, nell'ambito delle Specifiche di Processo (Protocolli), dei Mansionari, della Valutazione dei Rischi di cui al § 4.6, Parti Speciali 231, ha stabilito i flussi informativi verso la Compliance Function e l'Organo di Governo, oltre che verso l'Organismo di Vigilanza e R.A.B.M.S. (per quest'ultimo organo si rimanda al § 7.4.1).

L'organizzazione, inoltre, monitora le informazioni relative alla percezione ed al grado di coinvolgimento delle parti interessate interne sull'importanza e corretta implementazione dell'ambiente di controllo interno, che definiscono, essendo questa una delle misurazioni delle prestazioni del CMS/MODELLO 231/ABMS stesso.

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

- "Questionari sull'Ambiente di Controllo Interno" per i responsabili di funzione, costruiti sui requisiti del CoSO Report, dai quali si ricavano dei dati statistici sulla

percezione e sul grado di coinvolgimento dei singoli compilatori nell'ambito dell'ambiente di controllo interno;

- Audit interni.

Le informazioni sono sempre analizzate e valutate criticamente al fine di identificare le cause radice delle eventuali non-compliance, assicurare che siano intraprese azioni appropriate e riflettere tali informazioni nel processo periodico di valutazione dei rischi richiesto al punto 4.6 e di quello di Riesame, di cui al punto 9.3.

9.1.3. Sviluppo di indicatori

L'organizzazione LABCONSULENZE S.R.L. ha sviluppato, attua e mantiene un insieme di indicatori appropriati che supportano l'organizzazione nella valutazione del raggiungimento dei propri obiettivi per la compliance e nella valutazione delle relative prestazioni.

Si rimanda al documento "Obiettivi e programmi" per gli obiettivi generali dell'Organizzazione e al "Registro – Controllo Flussi OdV" per gli indicatori di performance del processo di vigilanza di cui all'art. 6 del D.Lgs. n. 231/2001.

9.1.4. Reporting relativo alla Compliance

L'organizzazione ha stabilito, attua e mantiene processi per il reporting della compliance al fine di assicurare che:

- a) siano definiti appropriati criteri per il reporting;
- b) siano stabilite delle scadenze per un reporting su base regolare;
- c) sia attuato un sistema di reporting delle eccezioni che faciliti un reporting ad hoc;
- d) siano attuati sistemi e processi per assicurare l'accuratezza e la completezza delle informazioni;
- e) siano fornite informazioni accurate e complete alle funzioni o aree appropriate dell'organizzazione per consentire che siano prese azioni preventive, correttive e di rimedio in modo tempestivo.

In particolare, in ogni Specifica di Processo (Protocollo) e Mansionario sono definiti gli eventuali obblighi, contenuti, modalità, mittenti e destinatari del reporting.

Inoltre, nella Valutazione dei Rischi (di cui al punto 4.6) sono definiti ulteriori flussi informativi verso la Compliance Function e l'O.d.V. e R.A.B.M.S.

Al § 7.4.2 e nell'eventuale Statuto dell'O.d.V. e R.A.B.M.S. sono definiti gli obblighi di reporting di questo organismo verso gli altri organi.

Ogni rapporto sopraccitato, incluso quello emesso dalla Compliance Function verso l'Organo di Governo o l'Alta Direzione è adeguatamente protetto da alterazioni.

9.1.5. Conservazione delle registrazioni

Al fine di supportare il processo di monitoraggio e riesame e dimostrare la conformità al CMS/MODELLO 231/ABMS, sono conservate registrazioni accurate e aggiornate delle attività di compliance dell'organizzazione.

9.2. Audit interni

9.2.1. Generalità

L'organizzazione conduce audit interni (ai sensi della Norma ISO 19001) ad intervalli pianificati per fornire informazioni circa il fatto che il CMS/MODELLO 231/ABMS:

- a) è conforme:
 - 1) alle esigenze dell'organizzazione per il proprio CMS/MODELLO 231/ABMS;
 - 2) ai requisiti della Norma ISO 37301:2021, 37001:2016 e del D. Lgs. n.231/2001;
- b) è efficacemente attuato e mantenuto.

9.2.2. Programma degli audit interni

L'organizzazione:

- a) ha stabilito, attua e mantiene un Programma di Audit annuale, stabilendo la frequenza, i metodi, le responsabilità, i requisiti di pianificazione e reporting, avendo preso in considerazione l'importanza dei processi interessati ed i risultati degli audit precedenti;
- b) definisce i criteri di audit ed il campo di applicazione di ogni audit;
- c) seleziona auditors competenti e conduce gli audit al fin di garantire l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit;
- d) assicura che i risultati degli audit siano riportati ai manager di competenza, alla Compliance Function, all'O.d.V. e R.A.B.M.S. per le riunioni periodiche e straordinarie, all'Alta Direzione ed all'Organo Direttivo;
- e) conserva le informazioni documentate come prova dell'attuazione del Programma di Audit e dei risultati dei singoli audit.

9.2.3. Scopo degli audit

Gli audit devono essere ragionevoli, proporzionati e basati sul rischio effettivo.

Tali audit sono costituiti da processi che riesaminano le procedure ed i controlli inerenti:

- a) la non-compliance o sospetta non-compliance;
- b) la violazione della Politica di Compliance o dei requisiti del CMS/MODELLO 231/ABMS;

- c) l'omessa osservanza da parte dei soci in affari dei requisiti dell'organizzazione applicabili per la compliance;
- d) i punti deboli e le opportunità di miglioramento del CMS/MODELLO 231/ABMS.

9.2.4. Obiettività ed imparzialità degli audit

Per garantire l'obiettività e l'imparzialità degli audit, l'organizzazione assicura che tali audit siano effettuati da:

- a) una funzione indipendente o personale appositamente assegnato a tale processo; o
- b) la Compliance Function (a meno che il campo di applicazione dell'audit comprenda una valutazione del CMS/MODELLO 231/ABMS stesso o un'attività per la quale la Compliance Function è coinvolta/responsabile); o
- c) una persona appropriata da un dipartimento o una funzione diversa da quella sottoposta ad audit; o
- d) l'O.d.V.; o
- e) un ulteriore soggetto terzo; o
- f) un gruppo comprendente persone di cui ai punti precedenti.

9.2.5. Audit dell'O.d.V.

L'O.d.V. può condurre in piena autonomia, direttamente o per il tramite di professionisti specializzati o di funzioni interne dell'organizzazione, le proprie attività di audit, anche non programmate e senza preavviso.

Fatto salvo quanto appena citato, per il resto, le attività di conduzione e reporting saranno analoghe a quanto descritto nei precedenti paragrafi.

9.3. Riesame di Direzione

9.3.1. Generalità

L'Organo di Governo e l'Alta Direzione riesaminano periodicamente il CMS/MODELLO 231/ABMS dell'organizzazione, al fine di garantire la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

9.3.2. Input al riesame di direzione

Il riesame tiene conto:

- a) dello stato delle azioni derivanti da precedenti riesami;
- b) dei cambiamenti degli aspetti interni ed esterni, delle esigenze degli stakeholder e degli obiettivi di compliance che sono rilevanti per il CMS/MODELLO 231/ABMS;

- c) delle informazioni contenute nella Relazione periodica della Compliance Function sulle prestazioni del CMS/MODELLO 231/ABMS, incluso l'andamento:
 - 1) delle non conformità e/o non-compliance e delle azioni correttive;
 - 2) dei risultati di monitoraggio e valutazione;
 - 3) dei risultati degli audit;
 - 4) delle segnalazioni di non-compliance;
 - 5) dei risultati delle indagini;
 - 6) della natura ed entità dei rischi di compliance che deve affrontare l'organizzazione;
- c) dell'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi di compliance;
- d) delle opportunità per il miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231/ABMS;
- e) delle Relazioni Periodiche dell'O.d.V. e R.A.B.M.S. e/o di ogni altra comunicazione/report dallo stesso pervenuta.

Il riesame di direzione tiene in considerazione:

- l'adeguatezza della politica per la compliance;
- l'indipendenza della Compliance Function;
- la misura in cui gli obiettivi per la compliance sono stati raggiunti;
- l'adeguatezza delle risorse;
- l'adeguatezza del processo di valutazione dei rischi di compliance;
- l'efficacia dei controlli e degli indicatori di prestazione esistenti;
- la comunicazione proveniente da persone che fanno emergere preoccupazioni, da parti interessate, comprese informazioni di ritorno (feedback; vedere punto 9.1.2) e reclami;
- le indagini (vedere punto 8.4);
- l'efficacia del sistema di reporting.

9.3.3. Risultati del riesame di direzione

L'output del riesame include le decisioni relative alle opportunità di miglioramento continuo e l'eventuale necessità di modifiche al CMS/MODELLO 231/ABMS.

Una sintesi dei risultati del Riesame viene presentata all'O.d.V. e R.A.B.M.S.

L'organizzazione conserva le informazioni documentate come evidenza dei risultati del riesame.

9.3.4. Relazione della Compliance Function

La Compliance Function valuta in modo continuo se il CMS/MODELLO 231/ABMS è:

- adeguato a gestire efficacemente i rischi di compliance che deve affrontare l'organizzazione;
- efficacemente attuato.

La Compliance Function relaziona ad intervalli pianificati, o quando lo ritenga necessario, all'Organo Direttivo, all'Alta Direzione e all'O.d.V. e R.A.B.M.S. (o a Commissioni specificatamente delegate), sull'adeguatezza e l'attuazione del CMS/MODELLO 231/ABMS, inclusi i risultati delle indagini e degli audit.

9.3.5. Relazione Periodica dell'O.d.V. e R.A.B.M.S.

L'Organismo di Vigilanza e R.A.B.M.S. redige, ove opportuno, annualmente una relazione nella quale illustra le attività svolte, l'andamento dei flussi informativi e le risultanze degli eventuali audit condotti direttamente o commissionati a terzi.

Tale relazione viene presentata all'Organo di Governo se non ha già partecipato o preso visione dei Verbali redatti.

10. Miglioramento

10.1. Miglioramento continuo

L'organizzazione migliora continuamente l'idoneità, adeguatezza e l'efficacia del CMS/MODELLO 231/ABMS, definendo idonei Obiettivi misurabili e relativi Programmi di attuazione.

10.2. Non conformità e azioni correttive

Quando si verifica una non conformità⁶ o una non-compliance⁷, l'organizzazione:

- a) reagisce prontamente alla non conformità o non-compliance, ed a seconda dei casi:
 - 1) adotta misure per controllarla e trattarla;
 - 2) affronta le conseguenze;
- b) valuta la necessità di agire per eliminare la causa della non conformità o della non-compliance, in modo che essa non si ripeterà o si verificherà altrove:
 - 1) riesaminandole;
 - 2) determinandone le cause;
 - 3) determinando se si siano verificate o possano verificarsi di simili, potenzialmente;
- c) realizza ogni azione necessaria;
- d) esamina l'efficacia di eventuali azioni correttive adottate;
- e) apporta modifiche al CMS/MODELLO 231/ABMS, se necessario.

Le azioni correttive devono essere appropriate agli effetti delle non conformità e/o non-compliance riscontrate.

L'organizzazione conserva le informazioni documentate come prova:

- della natura delle non conformità e/o non-compliance e delle azioni susseguenti intraprese;
- dei risultati di eventuali azioni correttive.

⁶ Non conformità (non conformity): Mancato soddisfacimento di un requisito (3.14). Una non conformità non è necessariamente una non compliance (3.27).

⁷ Non compliance (non compliance): non soddisfacimento di obblighi di compliance (3.25).