

ALLIANCE MEDICAL S.R.L.

Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001

- PARTE GENERALE -

5	- Post-acquisizione del Gruppo Alliance Medical da parte di iCON Infrastructure	Versione del 01.02.2024
4	- Aggiornamento: <ul style="list-style-type: none">• Reati di Propaganda e istigazione a delinquere per motivi di discriminazione razziale etnica e religiosa (art. 604-bis c.p.).• "Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti" (art.452-<i>quaterdecies</i> c.p.)• Whistleblowing (art.6 comma2-<i>bis</i>, D. Lgs. 231/2001)• Intermediazione Illecita e Sfruttamento del Lavoro (art. 603-<i>bis</i> c.p.)• Corruzione tra privati (art.2635 c.c.)• Reato di Traffico di influenze illecite (art.346-<i>bis</i> c.p.) - Variazioni organizzative: post acquisizione del Gruppo Alliance Medical da parte di Life Healthcare	C.d.A. del 10.05.2019
3	- Aggiornamento D. Lgs. 39 del 4.03.2014 - Aggiornamento Legge 62 del 17.04.2014 - Aggiornamento Legge 186 del 15.12.2014 - Aggiornamento Legge 68 del 22.05.2015 - Aggiornamento Legge 69 del 27.05.2015	C.d.A. del 16.06.2017
2	- Variazioni organizzative: <ul style="list-style-type: none">• post conferimento business mobile a Mobile Diagnostic S.r.l.• post conferimento business clinics ad Alliance Medical Diagnostic S.r.l.• post conferimento business urologia a Urology Diagnostic S.r.l.• post scissione Alliance Medical Italia S.r.l. - Aggiornamento Legge 190 del 6.11.2012	C.d.A. del 07.10.2014
1	Prima emissione	C.d.A. del 02.07.2010
Versione	Descrizione modifiche	Approvazione e Data

INDICE

.1	IL MODELLO 231 DELLA SOCIETA'	4
1.1	Premessa	4
1.2	La struttura del Modello	4
1.3	Destinatari del Modello	5
1.4	Finalità del Modello	5
.2	PRESENTAZIONE DELLA SOCIETA'	6
2.1.	La Società	6
2.2.	Attività della Società	7
2.3.	Partecipazioni sociali	7
2.4.	Struttura della Società	8
2.4.1.	Organo Amministrativo	8
2.4.2	Strutture e centri delocalizzati	9
2.4.3	Rete Commerciale	9
	La segnalazione di gare Pubbliche può avvenire in uno dei seguenti modi	9
•	Ricezione di avviso da parte della società terza Roga Italia S.r.l., al fine di un monitoraggio delle opportunità commerciali del mercato di riferimento (ad esempio, segnalazione gare indette);	9
•	Conoscenza della gara indetta se la Società eroga già il servizio nella struttura che decide di indire la nuova gara;	9
•	Segnalazioni spot	9
2.5.	Procuratori Speciali	10
2.6.	Modalità di esercizio dei poteri delegati	10
2.7.	Rapporti di lavoro subordinato, para subordinato e rapporti di consulenza	10
2.8.	Autorizzazioni, Accreditamenti e Convenzioni	11
2.9.	Partecipazioni a Gare indette da Enti Pubblici	12
2.10.	Adozione del Manuale Qualità	13
2.11.	Adozione del Documento di Valutazione dei Rischi	13
2.11.1.	Responsabilità Direzione	13
2.11.2.	Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione	14
2.11.3.	Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza	14
2.11.4.	Pericoli per la sicurezza	14
2.12.	Adempimenti privacy	15
1.1	<i>I Data Manager o Responsabili dei dati</i>	17
1.2	<i>I soggetti Autorizzati al Trattamento</i>	17
1.3	<i>Gli Amministratori di Sistema</i>	17
2.13.	Smaltimento rifiuti	18
2.14.	Bilanci	18
.3.	I PRINCIPI DEL D. LGS. N. 231/2001	19
3.1.	Premessa	19
3.2.	Caratteristiche della responsabilità dell'ente	19
3.3.	Responsabilità dell'ente e reato commesso dal soggetto "apicale" e dal "soggetto sottoposto all'altrui direzione"	20
3.4.	Esonero da responsabilità	22
3.4.1.	Illecito commesso da soggetto apicale	22
3.4.2.	Illecito commesso da soggetti sottoposti a direzione/vigilanza di soggetto apicale	23
3.5.	L'"Organismo di Vigilanza"	23
3.6.	Il sistema sanzionatorio	23
3.6.1.	Sanzioni amministrative	23
3.6.2.	Misure cautelari	24
3.7.	Responsabilità amministrativa da reato	25

3.8.	Applicazione della norma ed esigenze di adeguamento.....	26
4.	L'ORGANISMO DI VIGILANZA	27
4.1.	Premessa	27
4.2.	Individuazione dell'Organismo di Vigilanza e sua composizione.....	27
4.2.1.	Composizione dell'Organismo di Vigilanza	27
4.2.2.	Compiti, requisiti e poteri dell'Organismo di Vigilanza.....	28
4.3.	I requisiti dell'Organismo di Vigilanza.....	28
4.3.1.	Requisiti soggettivi di eleggibilità	28
4.3.2.	Autonomia ed indipendenza	29
4.3.3.	Professionalità.....	30
4.3.4.	Continuità d'azione	30
4.4.	Obblighi di informazione dell'Organismo	31
4.5.	L'Organismo nei gruppi di imprese.....	32
4.6.	Nomina, composizione e durata dell'Organismo di AM.....	32
4.6.1.	Nomina.....	32
4.6.2.	Composizione	33
4.6.3.	Durata	33
4.7.	I flussi informativi da e verso l'Organismo di Vigilanza.....	34
4.7.1.	Informativa verso l'Organismo di Vigilanza	34
4.7.2.	Informativa dell'Organo di Vigilanza verso gli organi societari	35
4.8.	Sintesi dei flussi informativi	35
4.9.	Modalità dei flussi informativi	36
4.10.	Whistleblowing – tutela del dipendente e/o del collaboratore che segnala illeciti – art. 6, comma 2-bis del D.Lgs. 231/2001	37
4.11.	I flussi informativi da e verso l'Organo di Vigilanza delle altre società del Gruppo Alliance Medical	38
4.11.	Raccolta e conservazione delle informazioni.....	38
5.	SISTEMA DISCIPLINARE	39
5.1.	Rapporti di lavoro subordinato	40
5.2.	Rapporti di lavoro autonomo o parasubordinato.....	41
5.3.	Rapporti commerciali o di fornitura con la Società.....	41
5.4.	Rapporti con amministratori	41
6.	RAPPORTI CON L'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	42
7.	FORMAZIONE E DIVULGAZIONE.....	43
7.1.	Formazione nei confronti del personale già assunto.....	43
7.1.1.	Formazione dei soggetti posti in posizione apicale	43
7.1.2.	Formazione dei soggetti non apicali	43
7.2.	Formazione nei confronti del personale di nuova assunzione	43
7.2.1.	Formazione dei soggetti posti in posizione apicale (quadri, dirigenti, membri C.d.A.).....	44
7.2.2.	Formazione dei soggetti non apicali	44
7.3.	Formazione in occasione della revisione del Modello.....	44
7.4.	Comunicazione	44

.1 IL MODELLO 231 DELLA SOCIETA'

1.1 Premessa

L'adozione del Modello di organizzazione, di gestione e di controllo ai sensi del D. Lgs. 231/2001 (di seguito anche "Modello") è stata promossa dalla Società, in coerenza con i principi etici e di *governance* sulla base dei quali viene assicurata la conduzione delle attività, allo scopo di poter prevenire la commissione di particolari tipologie di reati, come specificamente prescritto dal decreto sopra richiamato (di seguito anche "Decreto").

Nella definizione del Modello, oltre che delle caratteristiche della Società (struttura organizzativa, ambiti di operatività, ecc.), si è tenuto conto:

- a) Delle Linee Guida di Confindustria e di Assobiomedica;
- b) Della evoluzione della giurisprudenza e della dottrina in materia;
- c) Delle *best practice* di società operanti in Italia sia nel settore della Società, che in altri settori;
- d) Delle politiche ed indirizzi di Gruppo (Italia ed estero).

1.2 La struttura del Modello

Il documento che costituisce il Modello è strutturato in due parti:

1. **PARTE GENERALE:** contenente la presentazione della Società, commenti sul quadro normativo di riferimento e sugli aspetti ritenuti più significativi del Modello (Organismo di Vigilanza, Sistema Disciplinare, Formazione e Comunicazione).
2. **PARTE SPECIALE:** contenente:
 - Reati rilevanti, con la descrizione dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001;
 - Matrici di Rischio, con l'indicazione dei protocolli di controllo relativi ai processi/attività sensibili rispetto ai reati elencati.

Il Modello comprende i seguenti allegati:

- 1) Organigramma della Società;
- 2) Procedure;
- 3) Codice Etico.

L'aggiornamento dell'organigramma è curato dalla Direzione Risorse Umane del Gruppo Alliance Medical, che provvede, tramite la Funzione Compliance, alla pubblicazione ed alla comunicazione all'Organismo di Vigilanza.

Le modifiche agli allegati non comportano una nuova approvazione del Modello da parte del Consiglio di Amministrazione.

Costituiscono, inoltre, parti integranti del Modello della Società i seguenti documenti interni:

- a) Procure e deleghe;
- b) Policy di spesa e di assunzioni di impegni;
- c) Procedure e Istruzioni Operative;
- d) Documento di Valutazione dei Rischi;
- e) Ordini di servizio e Comunicazioni Organizzative;

- f) Ogni altro documento che regoli attività rientranti nell'ambito di applicazione del D. Lgs. 231/2001.

1.3 Destinatari del Modello

I destinatari del Modello (di seguito “**Destinatario**”, ovvero “**Destinatari**”) sono:

- a. I soggetti apicali ovvero le persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione della Società o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché le persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso (componenti degli organi sociali e di controllo quali il Consiglio di Amministrazione, altri eventuali organi come Organismo di Vigilanza, Comitato esecutivo, ecc.);
- b. I dipendenti (dirigenti ed impiegati, para-subordinati) ovvero i sottoposti alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui al punto precedente;
- c. I consulenti e tutti coloro i quali operano su mandato o per conto della Società (agenti, procuratori, medici competenti, partner, ecc.);
- d. Gli *stakeholders* e tutti coloro che entrano in contatto con la Società, anche se portatori di interessi autonomi, compresi i pazienti, i clienti ed i fornitori e tutti coloro i quali cooperano temporaneamente ovvero stabilmente, a qualunque titolo sia sul territorio nazionale che in Stati esteri, al perseguimento dei fini della Società nel contesto delle diverse relazioni che essi intrattengono con la stessa.

1.4 Finalità del Modello

L'adozione del Modello ed una sua efficace implementazione contribuiscono a migliorare la gestione del sistema di controllo interno sia per gli aspetti che attengono la prevenzione dei reati, sia per quanto attiene il consolidamento di una cultura aziendale che valorizzi i principi etici e comportamentali ai quali la Società intende ispirarsi.

Il Modello ha tra gli obiettivi principali:

- a) Assicurare la propria integrità e migliorare l'efficacia e la trasparenza della propria gestione;
- b) Sensibilizzare tutti i soggetti che, a vario titolo, collaborano con la Società alla adozione di comportamenti in linea con i valori espressi nel proprio Codice Etico e tali da prevenire la commissione di reati;
- c) Diffondere, nei Destinatari, la consapevolezza di poter incorrere, nel caso di violazione delle disposizioni impartite dalla Società, in sanzioni disciplinari, oltre che in sanzioni penali ed amministrative;
- d) Rafforzare il sistema di controlli, attraverso una costante azione di monitoraggio, per prevenire o per poter agire tempestivamente allo scopo di impedire la commissione di reati da parte dei soggetti apicali e delle persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza dei primi;
- e) Evidenziare come ogni forma di comportamento illecito, oltre che alle disposizioni di legge, sono contrarie ai principi ai quali la Società intende attenersi per la conduzione dei propri affari e comunque condannate, anche quando, apparentemente, potrebbe trarne vantaggio.

.2 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETA'

2.1. La Società

Alliance Medical S.r.l. a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Acquisitionco Limited (di seguito anche "AM" ovvero la "Società") è una società di diritto italiano costituita in data 11 ottobre 1989.

La Società ha la propria sede legale in Lissone (MB), Via Goffredo Mameli 42/A.

In base a quanto previsto dall'art. 3 dello Statuto sociale, la Società può svolgere attività nel settore della prestazione di servizi di diagnostica medica per immagini mediante utilizzo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, di apparecchiature fisse e mobili di tomografia computerizzata (TC), risonanza magnetica nucleare (RMN), mammografia, cateterismo cardiaco e medicina nucleare. La Società può inoltre:

- Gestire strutture diagnostiche sanitarie in sede fissa e/o mobile - sia in proprio, sia per conto terzi - nelle quali siano impiegate principalmente le apparecchiature utilizzate per i servizi sopra elencati;
- Acquistare, vendere, assemblare e gestire - sia in proprio, sia per conto di terzi - apparecchiature per la produzione di radio farmaci per la medicina nucleare, produrli direttamente e richiedere a terzi la prestazione dei servizi di cui sopra. Nella erogazione di tali servizi può essere inclusa la prestazione di personale medico, tecnico e infermieristico.
- Fornire i servizi tecnici di assistenza, installazione, manutenzione, gestione, assemblaggio delle apparecchiature utilizzate per la prestazione dei servizi sopra elencati, nonché i supporti software dei prodotti sopra elencati ed in generale di apparecchiature medicali;
- Acquistare, vendere e noleggiare - sia in proprio, sia per conto di terzi - apparecchiature medicali;
- Agire sia in proprio che quale agente o rivenditore di altre imprese anche estere;
- Acquistare o cedere anche solo in uso brevetti industriali, *know-how* e diritti di proprietà industriale in genere;
- Gestire, in proprio e per conto di terzi, mezzi e servizi coordinati in appositi laboratori radiologici e centri diagnostici terapeutici, intesi all'esercizio della radiologia, della diagnostica e della terapia, anche per conto di enti pubblici;
- Svolgere attività di ricerca scientifica nel campo medico sociale, di fornitura a tecnici professionisti, medici e radiologi dei mezzi e degli strumenti necessari all'espletamento delle attività connesse alle suddette (comprese ricerche, documentazioni, attrezzature, locali e personale e qualsiasi attività industriale e commerciale in proprio e per conto terzi afferente agli oggetti di cui sopra ed in genere il settore sanitario).

La Società ad oggi, a seguito di diversi cambiamenti organizzativi e societari, gestisce strutture diagnostiche e sanitarie in sede fissa (c.d. siti fissi), presso enti ospedalieri pubblici e privati dislocati sul territorio nazionale erogando servizi radiologici e di diagnostica medica.

In particolare, nel corso dell'anno 2013, la Società:

- Ha perfezionato una partnership con la società Fora S.p.A. per l'ottimizzazione dei servizi di *outsourcing* (siti fissi) alle aziende sanitarie pubbliche e private;

- Ha ceduto il business mobile alla società Mobile Diagnostic S.r.l., controllata al 100% da Alliance Medical S.r.l. La società Mobile Diagnostic S.r.l. è stata poi venduta alla società Fora S.p.A.;
- Ha ceduto il business *clinics* dei centri diagnostici alla società Alliance Medical Diagnostic S.r.l., trasferendo altresì alla società Alliance Medical Diagnostic S.r.l. le partecipazioni pari all'intero capitale sociale delle Società Linea Medica S.r.l., Kinesiterapico S.r.l., Po.Med. S.r.l., Centro Ricerche Cliniche S.r.l., titolari di centri medici diagnostici convenzionati con il SSN;
- Ha ceduto il business di urologia alla società Urology Diagnostic S.r.l. (oggi denominata Alliance Medical Technologies S.r.l.), controllata al 100% da Alliance Medical Italia S.r.l..

Inoltre, nel corso dell'anno 2014, la Società:

- Ha fuso per incorporazione le società Diagnostica Medica Salus S.r.l., Studio Medico Specialistico Diagnostico di Pomezia – PO.MED. - S.r.l., Centro Ricerche Cliniche S.r.l. e Kinesiterapico Pomezia S.r.l. nella società Alliance Medical Diagnostic S.r.l.;
- Ha proceduto ad un'operazione di scissione dell'*Holding* a favore di una società beneficiaria di nuova costituzione denominata Alliance Medical Italia S.r.l. che rappresenta la *holding* delle società italiane del Gruppo, ad esclusione della Società che resta soggetta alla direzione e coordinamento di Alliance Medical Acquisition Limited. Proprio mediante tale operazione di scissione rimane quindi nella Società esclusivamente il ramo di azienda relativo ai siti fissi, con il relativo personale destinato alla gestione.

Nel 2024 iCON Infrastructure ha acquisito il Gruppo Alliance Medical.

Ai fini del presente documento per Gruppo o Gruppo Alliance deve intendersi il gruppo di Società Alliance Medical S.r.l., Alliance Medical Italia S.r.l. e relative Società controllate.

2.2. Attività della Società

In concreto l'attività della Società si svolge nell'ambito del settore dei servizi radiologici e di diagnostica medica resi a favore di enti ospedalieri pubblici e privati. Alliance Medical S.r.l. organizza e gestisce "siti fissi" (di seguito anche unità locali) attraverso i quali offre un servizio completo "chiavi in mano" di prestazione sanitaria in quanto offre a Presidi Ospedalieri, Cliniche, ASL, Centri specialistici o Università sia personale tecnico, medico specializzato ed amministrativo, sia la fornitura di apparecchiature tecnologiche di ultima generazione, l'assistenza tecnica *full-risk*, la predisposizione dei locali e la fornitura del materiale di consumo.

Il monitoraggio ed il coordinamento delle attività che si svolgono presso i siti fissi, da un punto di vista prettamente aziendale e non medico, sono state affidate ai responsabili di tali siti cui compete il settore Operations.

2.3. Partecipazioni sociali

La Società non detiene partecipazioni sociali.

2.4. Struttura della Società

La struttura societaria può essere descritta attraverso l'analisi seguente:

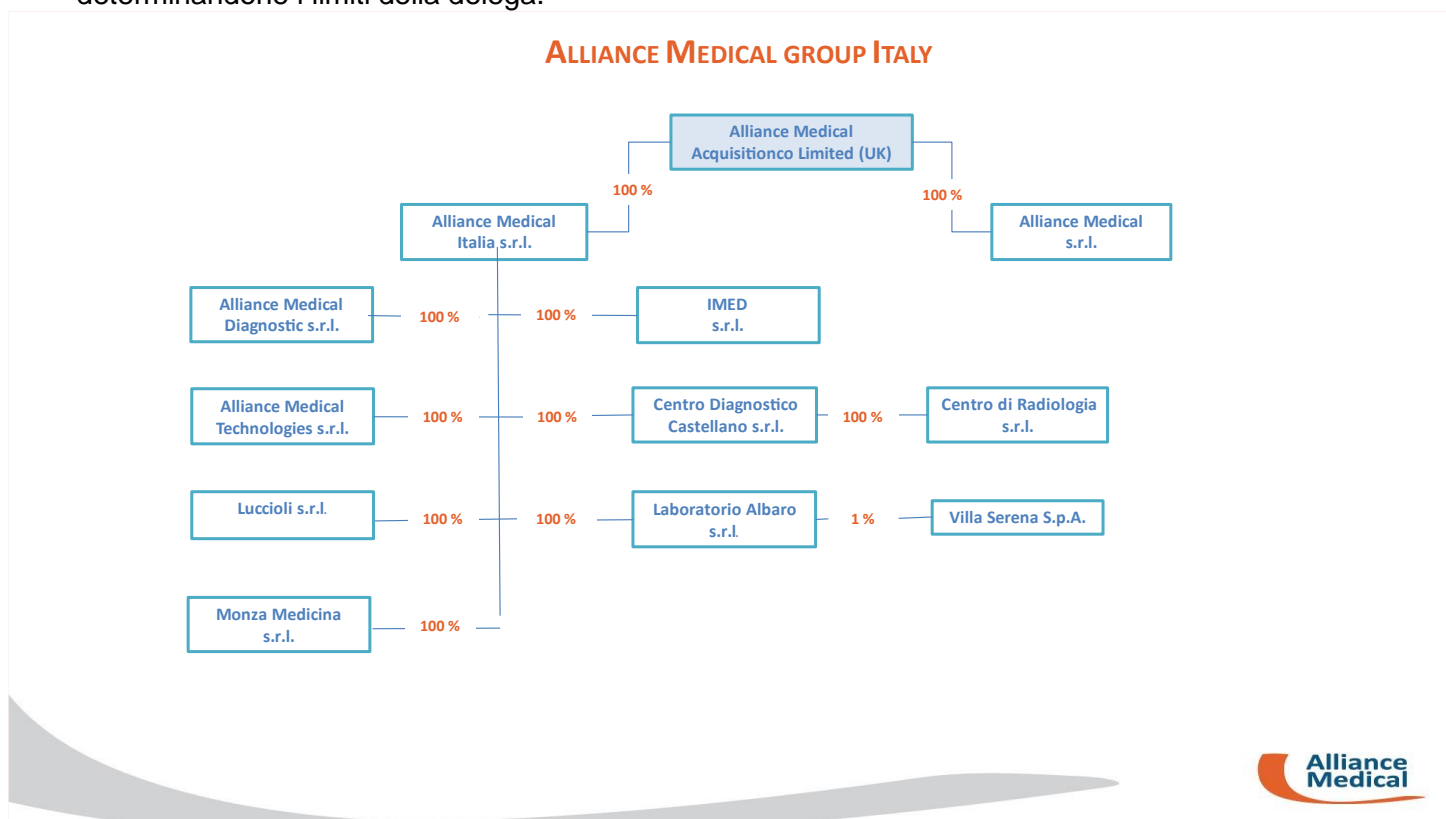
- L'Organo Amministrativo;
- Le strutture ed i centri delocalizzati;
- La rete commerciale.

2.4.1. Organo Amministrativo

L'attuale Organo Amministrativo è costituito da un Consiglio di Amministrazione. In particolare, il Consiglio di Amministrazione prevede la figura di un Presidente e di Consiglieri titolari di deleghe.

I membri dell'Organo Amministrativo durano in carica per un esercizio (con scadenza alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo alla fine dell'esercizio stesso) o per diverso periodo determinato dall'Assemblea all'atto della nomina, salvo revoca da parte dei soci. Gli amministratori sono rieleggibili.

L'Organo Amministrativo ha tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione della Società e, a norma di statuto, il Consiglio di Amministrazione può delegare le proprie attribuzioni ad un Comitato Esecutivo composto da alcuni dei suoi membri o ad uno o più Amministratori Delegati determinandone i limiti della delega.



2.4.2 Strutture e centri delocalizzati

Come sopra descritto, la Società dispone di una complessa ed articolata struttura dislocata sull'intero territorio nazionale e composta da servizi in *outsourcing* presso siti fissi (*i.e.* gestione totale o parziale di reparti presso Aziende Sanitarie Locali - di seguito anche "ASL" - o presidi ospedalieri).

Accanto alla struttura centralizzata presso la sede legale, pertanto, esistono anche varie strutture delocalizzate sul territorio (unità locali).

Le attività che fanno capo alle unità locali sono coordinate a livello nazionale dal Consiglio di Amministrazione della Società, il quale si avvale, a sua volta, di alcuni dipendenti presso ciascuna delle unità locali che consentono di svolgere l'attività ordinaria della relativa unità locale.

2.4.3 Rete Commerciale

La segnalazione di gare Pubbliche può avvenire in uno dei seguenti modi:

- Ricezione di avviso da parte della società terza Roga Italia S.r.l., al fine di un monitoraggio delle opportunità commerciali del mercato di riferimento (ad esempio, segnalazione gare indette);
- Conoscenza della gara indetta se la Società eroga già il servizio nella struttura che decide di indire la nuova gara;
- Segnalazioni spot.

2.5. Procuratori Speciali

Il Consiglio di Amministrazione ha conferito a terzi (dipendenti e/o consulenti) procure per singoli atti o categorie di atti al fine di rendere maggiormente efficiente la gestione del *business* e delle attività aziendali, anche con riferimento alle unità locali di AM.

Le procure in parola prevedono dei limiti di spesa diretti ad assicurare il coordinamento, il monitoraggio ed il controllo delle attività di acquisto e pagamento, nonché la possibilità di operare a firma congiunta con uno tra i Consiglieri di Amministrazione della Società, oltre all'obbligo di rendicontazione. In alcuni casi il rilascio della procura speciale a ciascun procuratore può essere accompagnato da una lettera di istruzioni (c.d. "*side letter*") nella quale sono individuate, con riferimento all'assunzione di impegni, ulteriori limitazioni in linea con le procedure interne della Società. Tali lettere regolano i rapporti interni tra i procuratori e l'azienda, laddove le procure rilevano per i rapporti dei procuratori con i terzi.

Tali limitazioni costituiscono, ai fini del Modello di prevenzione, un importante meccanismo che garantisce il controllo sia attraverso l'istituto della firma multipla, sia con l'indicazione dei limiti di valore delle operazioni autorizzate, sia infine con l'obbligo di rendicontazione periodica.

2.6. Modalità di esercizio dei poteri delegati

Il Consiglio di Amministrazione, con specifica delibera, definisce le modalità di esercizio, anche in termini di rendicontazione, dei poteri delegati mediante le procure e le deleghe gestionali.

Tali modalità saranno finalizzate a favorire la segregazione delle funzioni e l'*accountability* del processo.

L'esercizio dei poteri deve essere effettuato tenendo conto della Policy di spesa e di assunzione degli impegni adottata dalla Società. Ciascun procuratore e/o delegato deve compiere le proprie azioni nel rispetto del Codice Etico e del Modello, nonché delle Policy aziendali.

2.7. Rapporti di lavoro subordinato, para subordinato e rapporti di consulenza

La Società ha stipulato diverse tipologie di contratti di lavoro che si distinguono in:

- a) **Contratti di lavoro subordinato:** la maggior parte dei rapporti lavorativi sono di tipo subordinato con contratti a tempo determinato e a tempo indeterminato;
- b) **Contratti di consulenza:**
 - i) Settore medico: la Società ha stipulato contratti di consulenza con medici radiologi, con tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri, fisici in medicina nucleare, esperti qualificati, ecc. Si tratta di contratti di consulenza conclusi con soggetti che esplicano la loro attività professionale anche a favore della Società, generalmente non in via esclusiva, con riferimento all'attività diagnostica;
 - ii) Altri contratti: la Società ha stipulato anche ulteriori contratti di consulenza e di agenzia con professionisti coinvolti nella gestione dei siti fissi gestiti in *outsourcing* per conto di strutture ospedaliere pubbliche e private.

La Società ha elaborato uno *standard* contrattuale al quale generalmente si attiene e nel quale rivestono un ruolo preminente le clausole relative ad eventuali cause o situazioni di incompatibilità.

2.8. Autorizzazioni, Accreditazioni e Convenzioni

In generale tutte le regolamentazioni autorizzative/accreditative dei siti fissi vengono gestite dagli Enti ospitanti. Nel caso in cui il Presidio Ospedaliero o l'Ente abbia stipulato un contratto del tipo "chiavi in mano" in cui è AM a doversi occupare del processo autorizzativo, vengono seguite le seguenti modalità.

Autorizzazione ed Accredimento sono due processi di valutazione sistematica e periodica il cui obiettivo è quello di verificare il possesso, da parte dei servizi sanitari ed in generale dalla Pubblica Amministrazione, di determinati requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che influiscano sulla qualità delle prestazioni di assistenza erogate dalle strutture sanitarie.

Per i soggetti privati (strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti e non acuti nonché gli studi che erogano prestazioni di particolare complessità) la verifica dei requisiti di esercizio è sempre obbligatoria e l'autorizzazione all'esercizio – e cioè il provvedimento con cui la Pubblica Amministrazione consente l'inizio di una attività o il suo proseguimento dopo aver accertato la presenza dei requisiti - è rilasciato dal Comune in cui ha sede la struttura.

Ogni soggetto privato, per poter esercitare (e, quindi, a prescindere dalla volontà di svolgere la propria attività in regime di accreditamento) deve quindi avere un'autorizzazione all'esercizio che sancisca il possesso di determinati requisiti minimi.

Se poi desidera entrare a lavorare per conto ed a carico del SSN, la struttura sanitaria deve dimostrare di essere in possesso di ulteriori requisiti di qualità ed essere, quindi, anche accreditata.

L'accreditamento è il provvedimento con cui le singole Regioni attestano formalmente che il soggetto interessato possiede tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per poter erogare, per conto ed a favore del SSN, l'attività oggetto di accreditamento (si precisa che vengono accreditate singole branche di attività/specializzazioni mediche). L'accreditamento fornisce, pertanto, lo *status* di soggetto idoneo ad operare per conto del SSN.

Preme rilevare che i requisiti richiesti alle strutture ai fini dell'accreditamento variano in funzione della normativa regionale e, pertanto, si rende opportuno effettuare un monitoraggio periodico della normativa di settore.

Per operare effettivamente a carico del SSN, i soggetti devono poi entrare in contrattazione con le relative Aziende Sanitarie di riferimento con le quali fisseranno le varie quote di prestazioni da mettere a disposizione. I risultati di tale contrattazione vengono definiti in singole convenzioni.

Attraverso tali accordi – della durata variabile a seconda della ASL / Regione di appartenenza – le ASL si avvalgono delle unità locali per l'erogazione di prestazioni sanitarie da eseguire a favore degli iscritti al SSN.

Le prestazioni sanitarie vengono remunerate dalla ASL sulla base di parametri economici predeterminati (ad esempio, in base al Nomenclatore Tariffario Regionale), così come vengono fissati il numero massimo di prestazioni sanitarie rimborsabili su base annua e il tetto finanziario massimo annuale (cosiddetto *budget*).

Questa tipologia di contratti viene generalmente predisposta dalla ASL e la Società si limita ad “aderire” a condizioni contrattuali già predisposte.

2.9. Partecipazioni a Gare indette da Enti Pubblici

Attività svolta da Alliance Medical è quindi quella legata alla partecipazione a gare pubbliche o a procedure negoziate per la prestazione di servizi sanitari a favore di strutture pubbliche o private.

La procedura interna si esplica sulla base di quanto previsto nei bandi di gara e nella rilevante documentazione ed ai termini ed alle condizioni indicate dalla stazione appaltante.

Al fine di monitorare il mercato, seguire le varie gare indette o le ulteriori procedure, la Società si avvale dell’ausilio di una rete di agenti di commercio dislocati sul territorio nazionale.

Una volta che viene recepita la segnalazione fatta dall’agente e la Società reputa opportuno partecipare alla procedura (autonomamente o unitamente ad altri imprenditori mediante la costituzione di raggruppamenti temporanei di imprese e/o consorzi) l’Area Operations si occupa della predisposizione dell’offerta sulla base degli elementi indicati nel bando di gara.

L’offerta e gli eventuali accordi con altre imprese in caso di offerta congiunta vengono sottoscritti dai Consiglieri di Amministrazione delegati con poteri di firma.

La fase di esecuzione del contratto di appalto così come il relativo monitoraggio delle attività, a seguito dell’aggiudicazione della gara, è affidata all’area Operations.

Come sopra menzionato, la rappresentanza della Società nelle procedure ad evidenza pubblica (e, quindi, il potere di sottoscrivere offerte, negoziare con la Pubblica Amministrazione, ecc.) è conferita ad alcuni membri del Consiglio di Amministrazione.

La conformità degli acquisti agli *standard* indicati dal capitolato tecnico è asseverata almeno da un membro dell’area Operations che tiene in considerazione anche gli aspetti legati alla qualità.

Le unità lavorative coinvolte nelle procedure negoziate sono normalmente selezionate sulla base delle specifiche competenze tecniche richieste dalla stazione appaltante per lo svolgimento dei servizi sanitari richiesti.

2.10. Adozione del Manuale Qualità

La Società, nell'attuazione della propria attività di impresa, ha ottenuto la Certificazione ISO 9001:2015.

Come noto, le Norme Internazionali ISO Serie 9000 per la gestione della qualità sono state create per essere utilizzate in ogni settore industriale, sia per la fornitura di prodotti che di servizi e sono state recepite nel 1987 dalla normativa della Comunità Economica Europea come EN Serie 9000 e dall'UNI.

Nel 2000 dette norme hanno subito una sostanziale revisione. Le attuali edizioni della ISO 9001 e ISO 9004 sono state sviluppate come una "coppia coerente" di norme sui Sistemi di Gestione della Qualità e sono concepite per completarsi l'un l'altra, pur essendo utilizzabili in modo indipendente.

In particolare, la ISO 9001:2000, come aggiornata al 2008 e successivamente nel 2015, ha lo scopo di stabilire i requisiti del sistema di gestione per la qualità che devono essere soddisfatti quando un'azienda/organizzazione (di qualsiasi tipo e dimensione) deve dimostrare (al cliente o all'organismo di certificazione) la propria capacità di fornire prodotti e/o servizi conformi. Essa può essere utilizzata per scopi contrattuali e di certificazione dei sistemi di gestione per la qualità delle stesse organizzazioni/aziende.

2.11. Adozione del Documento di Valutazione dei Rischi

In ottemperanza al dettato normativo del D. Lgs. n. 81/08 del 9 aprile 2008 (pubblicato su G.U. n. 101 del 30 aprile 2008 Supplemento ordinario numero 108 ed in attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, di seguito, "**T.U. 81/2008**"), è stato redatto il Documento di Valutazione dei Rischi ("**DVR**") delle singole unità locali di AM. Scopo del documento è quello di diffondere nell'ambiente di lavoro le procedure lavorative e i requisiti necessari affinché l'igiene e la salute dei lavoratori siano tematiche vissute nell'ottica di una reale partecipazione attiva di tutti al miglioramento ed allo sviluppo aziendale. A tal fine, il datore di lavoro ha provveduto a far redigere il predetto documento nel quale vengono descritti in modo sintetico e completo i compiti, le autorità e le responsabilità di tutto il personale occupato presso l'azienda in questione. Il documento della sicurezza prescrive misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti settori di attività. Il datore di lavoro ed i preposti che sovrintendono le stesse attività, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze, insieme a tutti i lavoratori, sono tenuti all'osservanza delle disposizioni del documento. La suddivisione dei compiti e l'identificazione dei ruoli ha lo scopo di ripartire l'obbligo di ottemperare a tutti gli adempimenti previsti dalla attuale normativa in materia di sicurezza tra il datore di lavoro, i dirigenti, i preposti e i lavoratori tutti, in modo tale da responsabilizzare tutti i soggetti che operano nell'ambiente di lavoro al fine di realizzare quel Modello di sicurezza globale che questo documento propone.

Sono state formalizzate, tra le altre, le nomine di Datore di Lavoro, del RSPP e dei Medici Competenti per le varie unità locali.

2.11.1. Responsabilità Direzione

La Direzione è rappresentata dal Datore di Lavoro, il quale ha i seguenti compiti:

- Approvare il Documento della Sicurezza, gli “Estratti del documento di valutazione dei rischi per la sicurezza” ed il Piano di Emergenza;
- Approvare l’organigramma aziendale e le sue eventuali modifiche;
- Designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, gli addetti al servizio stesso, nonché i lavoratori incaricati dell’attuazione delle misure di emergenza;
- Nominare il Medico competente;
- Effettuare la valutazione dei rischi e adempiere agli obblighi previsti dal Titolo I, Capo III del T.U. n. 81/08.

2.11.2. Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione

Il Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione (“**RSPP**”) deve:

- Avere i seguenti requisiti minimi: attitudini e capacità adeguate documentate mediante C.V. e attestati di formazione conformi a quanto previsto dal D. Lgs. 81/08;
- Individuare i pericoli e provvedere alla valutazione dei rischi ed alla determinazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro;
- Elaborare procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- Proporre i programmi di formazione e informazione.

2.11.3. Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (“**RLS**”):

- È consultato preventivamente in ordine alla valutazione dei rischi, all’individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella Società;
- Riceve le informazioni e la documentazione inerente la valutazione dei rischi e le relative misure di prevenzione e fa proposte in merito all’attività di prevenzione;
- Partecipa alla riunione periodica per l’aggiornamento sullo stato della sicurezza.

2.11.4. Pericoli per la sicurezza

I rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori cui gli stessi possono essere soggetti durante l’attività lavorativa sono stati classificati, in funzione della natura, nelle tre seguenti categorie generali:

(D.1.) Rischi infortunistici e per la sicurezza

Risultano ascrivibili in questa categoria i seguenti rischi: (i) strutturali, (ii) meccanici, (iii) elettrici, (iv) di esplosioni ed incendi, (v) igienico ambientali (dovuti ad agenti fisici, chimici e biologici, a movimentazione manuale dei carichi, a sovraccarico biomeccanico, a scarsa illuminazione, a scarsa aereazione, a temperatura ed umidità, a radiazioni ionizzanti e non, al rumore, alle vibrazioni e ad agenti cancerogeni).

(D.2.) Rischi per la salute e sicurezza dovuti a fattori trasversali

Risultano altresì ascrivibili in questa categoria i rischi relativi a: (i) l'organizzazione del lavoro, (ii) fattori psicologici, (iii) fattori ergonomici, (iv) condizioni di lavoro difficili, (v) stress da lavoro correlato, e (vi) mansioni con rischi specifici e relativo addestramento.

2.12. Adempimenti privacy

Il Gruppo Alliance Medical riconosce che la corretta gestione dei dati personali rappresenta un valore di fondamentale importanza e quindi si propone di condurre e sviluppare il proprio business prestando la massima attenzione alla tutela dei dati personali raccolti e trattati nell'ambito dell'attività d'impresa.

Il Gruppo – che svolge la propria attività in ambito sanitario, intende garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel pieno rispetto dei diritti e libertà fondamentali e in conformità alla normativa applicabile. In particolare, al fine di assicurare una corretta gestione dei dati personali, inclusi i dati relativi alla salute dei pazienti, e di prevenire i rischi connessi alle relative attività di trattamento, è stata ritenuta indispensabile una ripartizione chiara dei ruoli e delle responsabilità nell'ambito della struttura organizzativa aziendale anche in relazione alle attività rilevanti sotto il profilo data protection.

Il Gruppo Alliance Medical ha identificato le figure chiave del sistema di gestione dei dati personali attraverso la definizione di un Modello Organizzativo Data Protection ispirato ai principi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (o, secondo l'acronimo inglese, "GDPR"), tenendo conto anche delle Linee Guida del Gruppo di Lavoro Articolo 29, nonché al principio di cui all'art. 2-*quaterdecies* del Codice Privacy in forza del quale *"Il titolare o il responsabile del trattamento possono prevedere, sotto la propria responsabilità e nell'ambito del proprio assetto organizzativo, che specifici compiti e funzioni connessi al trattamento di dati personali siano attribuiti a persone fisiche, espressamente designate, che operano sotto la loro autorità"*, che è stato formalmente approvato dal Consiglio di Amministrazione della Società in data 14 dicembre 2018.

Di seguito, si riporta una immagine di sintesi del Modello Organizzativo Data Protection di Gruppo adottato dal Gruppo Alliance Medical:



In particolare, il Modello Organizzativo Data Protection individua le seguenti figure chiave:

Il Titolare e il Delegato

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la persona giuridica, rappresentata da un componente del Consiglio di Amministrazione.

Ciascuna Società del Gruppo delega specifici poteri afferenti la data protection al Presidente del Consiglio di Amministrazione, all'Amministratore Delegato o ad un Consigliere (il «Delegato del

Titolare del trattamento»), necessari all'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa applicabile, compreso il potere di designare e preporre al trattamento dei dati i Referenti Data Protection.

Al Titolare competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza.

Il Titolare inoltre ha la responsabilità di garantire l'osservanza della normativa in materia di protezione dei dati.

Il Responsabile della Protezione dei dati (Data Protection Officer)

Il Responsabile della Protezione dei dati, conosciuto anche come Data Protection Officer (di seguito solo "Data Protection Officer" o, in breve, "DPO") è la persona fisica nominata dal Titolare che ha il compito di supportare, coordinare e collaborare con tutte le strutture organizzative aziendali nella gestione di tematiche data protection e di sorvegliare l'osservanza dei requisiti normativi applicabili e delle politiche del Titolare.

I Referenti Data Protection

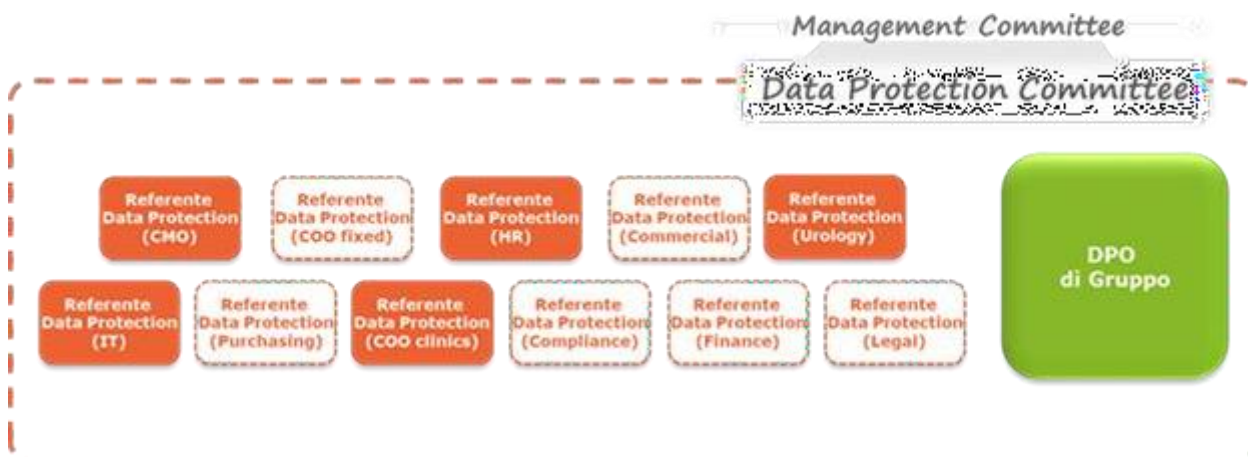
I Referenti Data Protection sono le persone fisiche poste a capo di singole Funzioni aziendali, a cui è stato assegnato il compito di supervisionare lo svolgimento delle operazioni di trattamento svolte dalle persone autorizzate che operano nell'ambito della struttura organizzativa di cui sono responsabili (i.e. Data Manager, Autorizzati al trattamento e Amministratori di Sistema).

Nell'ambito della funzione di competenza, il Referente Data Protection promuove la cultura della protezione dei dati all'interno dell'azienda e assicura la conformità del sistema di gestione dei dati alla Normativa Vigente nonché il rispetto delle politiche in materia di protezione dei dati definite dal Titolare, avvalendosi del supporto e della collaborazione del DPO.

Il Data Protection Committee

Il Gruppo si è dotato di un Management Committee che si riunisce regolarmente per la trattazione di tematiche trasversali all'intera organizzazione aziendale. Al Management Committee, affiancato dal DPO, viene riconosciuto anche un ruolo di consulenza e supporto al Titolare in relazione alle decisioni strategiche e di indirizzo in materia di protezione dei dati personali. In particolare, quando agisce a supporto del Titolare in relazione alle tematiche data protection può essere indicato come «Data Protection Committee». In tale veste supporta il Titolare nella definizione delle linee guida e di Governance in materia di data protection e ha funzione di coordinamento delle diverse istanze afferenti la protezione dei dati personali provenienti dalle diverse entità del Gruppo. La composizione del Data Protection Committee coincide con quella del Management Committee a cui partecipa anche il DPO con un ruolo consultivo.

L'immagine sotto riportata rappresenta la composizione del Data Protection Committee.



1.1 I Data Manager o Responsabili dei dati

I Data Manager o Responsabili dei dati sono figure organizzative interne, aventi il compito di supportare operativamente i Referenti Data Protection nell'attuazione dei compiti loro affidati, in conformità alle istruzioni dagli stessi impartite.

La nomina di tali figure garantisce una maggiore efficienza organizzativa nello svolgimento delle operazioni quotidiane di trattamento dei dati personali in conformità al principio di *accountability* e della Normativa Vigente, la quale prevede la facoltà di affidare specifici compiti e funzioni connessi al Trattamento a figure interne, espressamente designate, che operano sotto l'autorità del Titolare del trattamento.

1.2 I soggetti Autorizzati al Trattamento

Gli Autorizzati al trattamento sono le persone fisiche che effettuano le operazioni di trattamento sotto la responsabilità dei Data Manager e/o dei Referenti Data Protection.

Ai sensi dell'art. 29 GDPR, chiunque agisca sotto l'autorità del Titolare e abbia accesso ai Dati non può procedere al relativo Trattamento se non è debitamente istruito in tal senso dal Titolare medesimo.

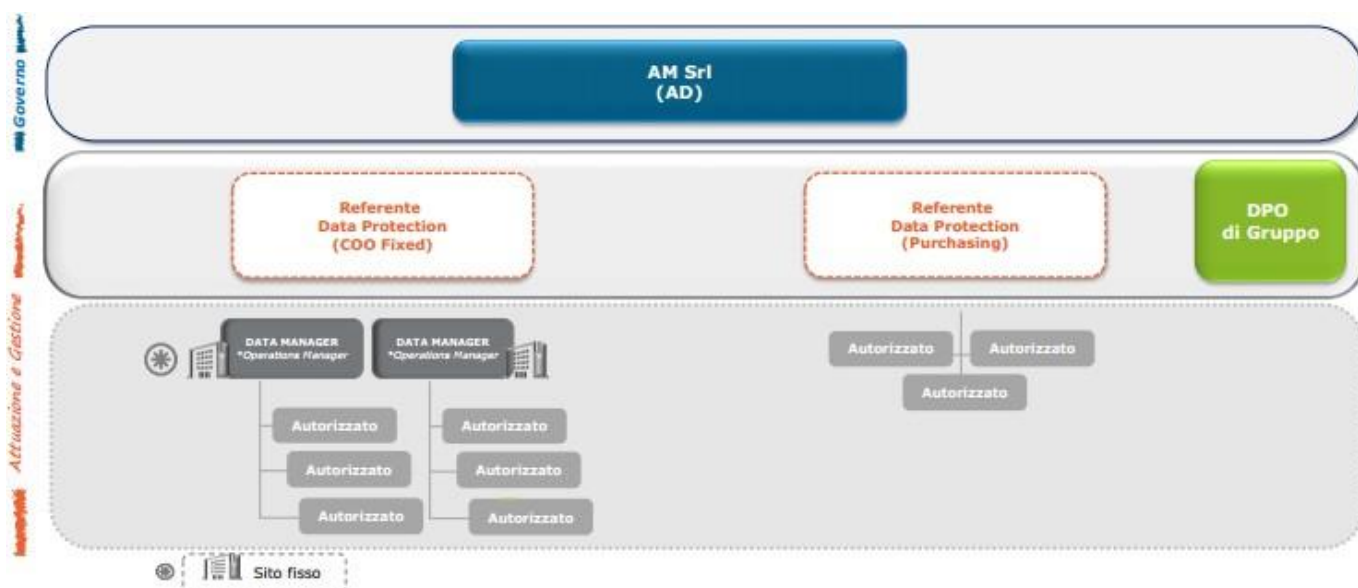
I Data Manager e/o i Referenti Data Protection hanno il compito di consegnare formalmente le istruzioni specifiche per il tipo di attività che gli Autorizzati al trattamento dovranno svolgere sui dati e sulla base delle mansioni ad essi attribuite.

1.3 Gli Amministratori di Sistema

Gli Amministratori di Sistema sono i soggetti preposti alla gestione e alla manutenzione di un impianto di elaborazione dati o di sue componenti, come definiti dal Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 27 novembre 2008 ("Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema").

Stante le peculiarità tecniche, l'Amministratore di Sistema ricopre un ruolo estremamente delicato: progetta, sviluppa e gestisce l'infrastruttura di rete, i server, il software ed i servizi applicativi di base occupandosi spesso della sicurezza e della protezione dei dati e delle risorse. Inoltre, fornisce supporto tecnico e informatico su software e hardware. Supporta i Responsabili dei Dati / Data Manager per gli aspetti di tipo tecnico informatico nelle normali attività operative.

Nello specifico, con riferimento ai Ruoli e alle Responsabilità descritte, per la Società Alliance Medical srl, è stato definito il Modello Organizzativo Data Protection di riferimento, costituente parte integrante del Modello Organizzativo Data Protection Complessivo di Gruppo, come di seguito rappresentato:



2.13. Smaltimento rifiuti

La Società, in merito allo smaltimento dei rifiuti, ha stipulato, ove necessario, convenzioni per la fornitura del servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti con società di primaria importanza tutte debitamente e regolarmente iscritte all'Albo Gestori Rifiuti.

2.14. Bilanci

I bilanci annuali sono elaborati e depositati a norma di legge.

.3. I PRINCIPI DEL D. LGS. N. 231/2001

3.1. Premessa

Il costante processo di adeguamento e conformazione da parte del legislatore italiano a normative e principi di diritto sovranazionale sta modificando la fisionomia di taluni istituti giuridici, da sempre testimoni della nostra tradizione.

In tale contesto, da ultimo è stato superato il principio romanistico di cui al vecchio brocardo “*societas delinquere non potest*” ad opera del D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 19 giugno 2001, n. 240) (di seguito “D. Lgs. n. 231/2001”) come modificato e integrato – attuativo della legge delega n. 300/2000 di ratifica ed esecuzione di una serie di atti e convenzioni internazionali¹ - che ha introdotto la figura della responsabilità amministrativa, diretta e personale delle persone giuridiche², per la commissione di taluni reati da parte di persone fisiche ad esse incardinate (connessione soggettiva), che abbiano operato nell’interesse o a vantaggio dell’ente (connessione oggettiva).

La *ratio* della norma nel configurare una responsabilità dell’ente/società nasce dall’esigenza di non punire solo gli autori materiali del reato, ma di coinvolgere attivamente l’ente nello sviluppo di un’attività di prevenzione di condotte illecite da parte del vertice e dei dipendenti.

La norma si fonda così sull’individuazione degli attori del processo decisionale, soggetti in posizione apicale e subordinati, al fine di stabilire una responsabilità dell’ente, qualora l’illecito commesso sia il risultato di un’attuazione della volontà aziendale e non della volontà di un singolo nell’intenzione di perseguire un suo personale interesse o in linea generale un interesse estraneo all’ente.

Oggi, il D. Lgs. n. 231/2001 introduce il concetto per cui il reato commesso dal soggetto funzionalmente legato all’ente e finalizzato all’interesse o vantaggio di questo deve essergli riferito in virtù del principio di “*immedesimazione organica*”, essendosi realizzato per la colposa omissione da parte dell’ente al dovere di “*organizzazione*”, ossia all’adozione di idonee misure preventive e protettive dalla commissione dei reati.

Un unico fatto produttivo del reato comporta la responsabilità dell’ente a titolo amministrativo, nonché quella imputata alla persona fisica autore del reato, tipicamente penale.

3.2. Caratteristiche della responsabilità dell’ente

La responsabilità dell’ente si basa sulla colpa ed in particolare sulla “*colpa di organizzazione*” o sulla “*colpa di politica d’impresa*”, con evidente prevalenza del momento organizzativo – strutturale.

La colpa non sussiste qualora l’ente abbia chiaramente manifestato la propria contrarietà alla commissione di reati nel proprio interesse, ed abbia di conseguenza definito un sistema organizzativo e gestionale idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Il D. Lgs. n. 231/2001, infatti, mantiene la struttura dualistica dall’adozione dei “*modelli di organizzazione e gestione*” anche ai reati commessi da “*soggetti apicali*”.

¹ Elencati nella rubrica della legge delega 29 settembre 2000, n. 300.

² La disciplina è applicabile alle società, alle associazioni riconosciute e non, agli enti pubblici economici (art. 1, comma 3).

Per evitare di incorrere in responsabilità per reati commessi da soggetti in posizione apicale, **l'ente/la società dovrà quindi munirsi di un Modello idoneo ad escludere ogni "colpa"** in relazione all'attività di prevenzione della commissione di reati ad opera di quegli stessi soggetti che ne determinano l'indirizzo al più alto livello, e ne formano e manifestano all'esterno la volontà.

3.3. Responsabilità dell'ente e reato commesso dal soggetto "apicale" e dal "soggetto sottoposto all'altrui direzione"

L'art. 5 del Decreto prevede che l'ente sia responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio da soggetti c.d. "in posizione apicale" e da persone sottoposte alla loro direzione o vigilanza.

Lo *status* apicale del reo fa sì che non sia sufficiente, al contrario di quanto accade per i soggetti in posizione "*non apicale*", che il Modello sia idoneo ad escludere l'inosservanza degli obblighi di direzione e di vigilanza (nel caso di specie, si tratta infatti di soggetti che potrebbero non avere superiori gerarchici), ma occorre che il Modello possa essere eluso soltanto fraudolentemente.

Il soggetto in "*posizione apicale*" è l'esercente funzioni di rappresentanza, amministrazione o direzione dell'ente (ovvero di un'unità organizzativa autonoma), nonché colui il quale anche in via fattuale³ eserciti la gestione e il controllo.

Tale ampia categoria ricomprende tutti coloro i quali, membri di organi amministrativi, formalmente dotati di idonea delega di poteri, ovvero agenti in via meramente fattuale, esercitino funzioni decisorie e di vertice nell'ente.

Sono distintamente considerati "*sottoposti alla direzione o vigilanza*", i soggetti che operano nell'organizzazione con vincolo di subordinazione nei confronti degli "apicali", eseguendone le scelte.

In tale categoria possono ricomprendersi oltre ai dipendenti, i collaboratori esterni, gli agenti, i consulenti, ecc.

La responsabilità dell'ente può essere esclusa qualora, nonostante l'inadempimento da parte di specifici soggetti degli obblighi di vigilanza e controllo loro imposti, l'ente abbia adottato un Modello preventivo efficiente.

La commissione del reato derivante da negligenza dei preposti al controllo sul dipendente-reo, in altri termini non dimostra di per sé l'inefficienza del Modello.

La violazione del Modello, anche quando è "*significativa*" (e tale è sicuramente la violazione che si concreta nella commissione di un reato) non conduce al giudizio di inefficienza del Modello, purché questo venga emendato di conseguenza.

In ogni caso, l'organo di vigilanza potrà esercitare i propri poteri di controllo e proposta anche in relazione allo stato di attuazione e di efficacia del Modello in esame, e ad esso potranno essere affidate altresì attribuzioni specifiche, da inserire nel quadro dei processi decisionali dell'ente, senza che questi ne vengano stravolti.

³ La prassi giurisprudenziale consolidatasi equipara, ai fini della responsabilità penale e civile, agli amministratori legalmente nominati i direttori e, in genere, chiunque abbia concretamente esercitato funzioni di direzione e di gestione dell'ente.

Esiste infatti il rischio, da non sottovalutare, che il Modello “*inceppi*” in qualche modo le catene gerarchiche aziendali, consentendo ai sottoposti di non osservare istruzioni provenienti da superiori, ovvero che, anche in questo caso, i costi di attuazione del Modello siano superiori rispetto a quanto necessario per conseguire il risultato con evidenti diseconomie.

Quanto alle caratteristiche del Modello, la relazione ministeriale, seguendo il dettato dell’art. 6, comma 2. D. Lgs. n. 231/2001, precisa che il Modello deve “*contenere una preliminare valutazione in ordine all’allocazione del “rischio reato”, assumendo così una portata selettiva in ordine alle attività più esposte al rischio di commissione dei reati*”, seguita da una “*procedimentalizzazione*” della formazione e dell’attuazione delle decisioni dell’ente in relazione a tale rischio.

In particolare, devono essere previste “*modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati*” (art. 6, comma 2, lett. c), devono essere previsti “*obblighi di informazione nei confronti dell’organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l’osservanza dei modelli*” (lett. d), oltre ad un apposito sistema disciplinare (lett. e).

Nell’elaborazione del Modello, occorre tenere conto dei soggetti destinatari dello stesso, distinguendosi, come già detto, tra soggetti apicali e non.

Ciò posto, in primo luogo l’allestimento del Modello impone l’individuazione del “rischio-reato” in relazione a ciascuna delle funzioni svolte dai soggetti indicati con specifico riferimento aciascuna delle fattispecie criminose alle quali è applicabile il D. Lgs. n. 231/2001.

Va sottolineato che la norma dell’art. 6 comma 2, lett. c), impone di considerare sempre «a rischio reato» l’attività di gestione delle risorse finanziarie.

In secondo luogo, sarà necessario stabilire:

- Un insieme di regole sostanziali alle quali si ispira l’attività della società, ai suoi massimi livelli, ovvero un “**codice etico/ di comportamento**”, o una dichiarazione programmatica, che esprima la politica dell’ente di avversione alla commissione di reati nel suo interesse, in generale e con specifico riferimento alle fattispecie criminose cui si applica la disciplina della responsabilità degli enti;
- Modalità procedurali per l’assunzione di qualsiasi decisione «a rischio reato», attraverso idonee ripartizioni di compiti tra i vari soggetti interessati. In particolare, andrebbero inserite apposite **regole in tema di firma e spendita del nome dell’ente**, evitando che i poteri inerenti al compimento di operazione a «rischio reato» si concentrino in capo ad una sola persona;
- Modalità specifiche di gestione delle risorse finanziarie idonee a prevenire la commissione di reati (in particolare, dovrà essere impedita in ogni modo la costituzione di “*fondi neri*” o la redazione di “*contabilità parallele*”);
- Flussi di informazione tra i vari soggetti interessati, tra questi ed altri organi dell’ente, e, in maniera specifica, rispetto all’Organismo di Vigilanza;
- Un sistema di **sanzioni disciplinari**, che possono anche consistere nella promozione, ad opera dell’Organismo di Vigilanza, che deve essere munito di poteri di iniziativa e dicontrollo, dell’irrogazione di sanzioni tipiche già previste dall’ordinamento societario (ad esempio, proposta all’assemblea di revoca dell’amministratore “*infedele*” ed eventuale esperimento dell’azione di responsabilità), ovvero dal rapporto contrattuale che intercorre tra l’ente ed i suoi rappresentanti, inclusi i direttori generali.

Qualora l'ente adotti un Modello così concepito, l'eventuale aggiramento fraudolento dello stesso e la commissione di reati nell'interesse dell'ente, potranno considerarsi come eventi ragionevolmente non prevedibili da parte dell'ente, con la conseguenza che la commissione del reato non risulterebbe più automaticamente idonea a dimostrare *ex post* l'inadeguatezza del Modello.

3.4. Esonero da responsabilità

3.4.1. Illecito commesso da soggetto apicale

L'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

- a) Da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;
- b) Da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a).

Nonostante la rigidità dell'impianto normativo, incentrato sulla presunzione della responsabilità diretta dell'ente, ove il reato sia stato commesso nell'interesse o a vantaggio di questo da soggetti operanti in "posizione apicale", l'ente non risponde se le persone indicate nei punti a) e b) precedenti hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

In particolare, se il reato è stato commesso dalle persone indicate l'ente non risponde se prova che:

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

3.4.2. Illecito commesso da soggetti sottoposti a direzione/vigilanza di soggetto apicale

Per i reati commessi da soggetti sottoposti alla direzione o alla vigilanza di un soggetto apicale, l'ente può essere chiamato a rispondere solo qualora si accerti che "la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione e vigilanza."

In altri termini la, la responsabilità dell'ente si fonda sull'inadempimento dei doveri di direzione e vigilanza, doveri attribuiti *ex lege* al vertice aziendale o trasferite su altri soggetti per effetto di apposite deleghe.

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

3.5. L'“Organismo di Vigilanza”

L'art. 6, comma 1, lett. b) stabilisce che il compito di "*vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento*" deve essere affidato "**a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo**".

Trattasi del cosiddetto Organismo di Vigilanza, per la cui più approfondita disamina si rinvia all'apposita sezione del presente Modello, ad esso dedicata.

3.6. Il sistema sanzionatorio.

3.6.1. Sanzioni amministrative

Il D. Lgs. n. 231/2001 ha, tassativamente, indicato le sanzioni da comminare nei casi di accertata responsabilità amministrativa degli enti/società. Anche in questo caso è utile una elencazione delle fattispecie.

Sanzioni pecuniarie

Dette sanzioni vengono sempre comminate nei casi di illecito amministrativo, e sono applicate per quote, per un numero non inferiore a 100 né superiore a 1000.

L'importo di una quota va da un minimo di euro 250,00 ad un massimo di euro 1.500,00.

Non è ammesso il pagamento in misura ridotta.

L'art. 12, infine, in materia di sanzioni pecuniarie, indica, tassativamente, i casi di riduzione della sanzione pecuniaria.

Sanzioni interdittive

Sono previste dall'art. 9, comma 2 del D. Lgs. n. 231/2001, e sono:

1. L'interdizione dall'esercizio dell'attività;
2. La sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;

3. Il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
4. L'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
5. Il divieto di pubblicizzare beni o servizi.

La confisca

Con la sentenza di condanna è sempre disposta, nei confronti dell'ente, la confisca del prezzo o del profitto del reato.

Sono fatti savi i diritti acquisiti dai terzi in buona fede⁴.

Pubblicazione della sentenza

Per ultimo deve essere indicata la sanzione amministrativa rappresentata dalla pubblicazione della sentenza di condanna.

Si tratta di sanzione che può essere disposta solo quando all'ente sia stata applicata una sanzione interdittiva.

3.6.2. Misure cautelari

Il D. Lgs. 231/2001 non ha sottratto gli enti/le società dall'eventuale applicazione di misure cautelari da parte del giudice, nei casi in cui sussistano gravi indizi in ordine alla responsabilità dell'ente per un illecito amministrativo dipendente da reato e quando vi siano fondati elementi da cui ritenere sussistente il concreto pericolo di reiterazione di detti illeciti della stessa indole di quello per cui si procede.

Le misure cautelari che il giudice può applicare all'ente con ordinanza, su richiesta del pubblico ministero, sono quelle previste dall'art. 9, comma 2, del D. Lgs. n. 231/2001, in particolare:

- L'interdizione dall'esercizio dell'attività;
- La sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- Il divieto di contrattare con la P.A.;
- L'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi o l'eventuale
- Revoca di quelli già concessi;
- Il divieto di pubblicizzare beni o servizi.

⁴ "Il profitto del reato nel sequestro preventivo funzionale alla confisca, disposto ai sensi degli artt. 19 e 53, D. Lgs. 231/2001 nei confronti dell'ente collettivo, è costituito dal vantaggio economico di diretta e immediata derivazione causale dal reato ed è concretamente determinato al netto dell'effettiva utilità eventualmente conseguita dal danneggiato, nell'ambito del rapporto sinallagmatico con l'ente. L'imputazione a profitto di semplici crediti, anche se certi, liquidi ed esigibili, non può essere condivisa, trattandosi di utilità non ancora effettivamente conseguite. (In motivazione la Corte ha precisato che, nella ricostruzione della nozione di profitto oggetto di confisca, non può farsi ricorso a parametri valutativi di tipo aziendalistico – quali ad esempio quelli del "profitto lordo" e del "profitto netto" –, ma che, al contempo, tale nozione non può essere dilatata fino a determinare un'irragionevole e sostanziale duplicazione della sanzione nelle ipotesi in cui l'ente, adempiendo al contratto, che pure ha trovato la sua genesi nell'illecito, pone in essere un'attività i cui risultati economici non possono essere posti in collegamento diretto ed immediato con il reato; Cass. Pen. Sez. Unite sent., 27.03.08, n. 26654).

Nel disporre le misure cautelari il giudice dovrà attenersi ai principi di adeguatezza e proporzionalità.

3.7. Responsabilità amministrativa da reato

La responsabilità dell'ente sorge nei limiti previsti dalla legge. Il primo e fondamentale limite consiste nel numero chiuso dei reati per i quali l'ente può essere chiamato a rispondere. Ciò significa che l'ente non può essere sanzionato per qualsiasi reato commesso nell'ambito dello svolgimento delle sue attività, bensì soltanto per i reati selezionati dal legislatore ed espressamente indicati dalla legge (cd "**reati presupposto**"). Il limite alla applicabilità del Decreto ai soli reati presupposto è logico e comprensibile: non avrebbe senso punire l'ente per la commissione di reati che non hanno alcun legame con la sua attività e che derivano unicamente dalle scelte o dagli interessi della persona fisica che li commette. Si tratta di categorie di reati molto diverse tra loro. Alcuni reati sono tipici ed esclusivi dell'attività di impresa; altri, invece, normalmente esulano dall'attività di impresa vera e propria, e attengono alle attività tipiche delle organizzazioni criminali.

Alla data di approvazione del presente Modello, i reati presupposto indicati dal Decreto appartengono alle categorie di reato di seguito indicate:

- **Reati contro la Pubblica Amministrazione** (artt. 24 e 25);
- **Reati informatici e trattamento illecito di dati** (art. 24-*bis*);
- **Delitti di criminalità organizzata** (art. 24-*ter*);
- **Falsità in monete, in carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento** (art. 25-*bis*);
- **Delitti contro l'industria e il commercio** (art. 25-*bis*.1);
- **Reati societari** (art. 25-*ter*);
- **Delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico** (art. 25-*quater*);
- **Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili** (art. 25-*quater*.1);
- **Delitti contro la personalità individuale** (art. 25-*quinqies*);
- **Abusi di mercato** (art. 25-*sexies*);
- **Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro** (art. 25-*septies*);
- **Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, nonché autoriciclaggio** (art. 25-*octies*);
- **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore** (art. 25-*novies*);
- **Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'Autorità Giudiziaria** (art. 25-*decies*);
- **Reati ambientali** (art. 25-*undecies*);
- **Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare** (art. 25-*duodecies*);
- **Reati di razzismo e xenofobia** (art. 25-*terdecies*);
- **Reati transnazionali** (Legge 16 marzo 2006 n. 146).

3.8. Applicazione della norma ed esigenze di adeguamento

Dal quadro fin qui esposto risulta evidente come qualsiasi ente – al di là dello specifico livello strutturale, dimensionale e operativo – sia sensibile alla realizzazione dei reati tipici di cui al D. Lgs. n. 231/2001.

Ne consegue che la facoltatività dell'opzione di adeguamento alla normativa risulta solo formale, conclusione questa non percepita appieno dal mondo imprenditoriale nazionale, anche a causa del ritardo del legislatore nell'emanazione degli strumenti normativi⁵.

Quanto ai rischi che ciascun ente è oggi chiamato ad assumere, basterebbe considerare come l'irrogazione di una sanzione interdittiva (art. 9, 13 e 14 D. Lgs. n. 231/2001) quali "*l'interdizione all'esercizio dell'attività*" o la "*revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali all'esercizio dell'attività,*" quand'anche fosse della sola attività che ha prodotto il reato produca nella sostanza conseguenze di evidente rilievo per l'ente.

È necessaria, dunque, la realizzazione di un concreto sistema finalizzato alla prevenzione dei reati che, seppur perfettibile, risulti efficace ed efficiente.

⁵ Ad esempio, l'emanazione del regolamento di cui all'art. 85 del decreto legislativo, nonché la stessa attuazione della legge delega circa le figure di reato presupposto.

.4. L'ORGANISMO DI VIGILANZA

4.1. Premessa

Come si è visto, l'art. 6 del D. Lgs. n. 231/2001 prevede che l'ente possa essere esonerato dalla responsabilità conseguente alla commissione dei reati indicati se l'organo dirigente ha, fra l'altro:

- Adottato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire i reati considerati;
- Affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento ad un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo (di seguito anche l'“**Organismo**” o “**OdV**”).

L'affidamento di detti compiti all'Organismo ed, ovviamente, il corretto ed efficace svolgimento degli stessi sono, dunque, presupposti indispensabili per l'esonero dalla responsabilità, sia che il reato sia stato commesso dai soggetti “apicali” (espressamente contemplati dall'art. 6), che dai soggetti sottoposti all'altrui direzione (di cui all'art. 7).

L'art. 7, co. 4, ribadisce, infine, che l'efficace attuazione del Modello richiede, oltre all'istituzione di un sistema disciplinare, una sua verifica periodica, evidentemente da parte dell'organismo a ciò deputato.

Da quanto sopra sinteticamente richiamato, si rileva l'importanza del ruolo dell'Organismo, nonché la complessità e l'onerosità dei compiti che esso deve svolgere.

Per una corretta configurazione dell'Organismo è necessario valutare attentamente i compiti ad esso espressamente conferiti dalla legge, nonché i requisiti che esso deve avere per poter svolgere in maniera adeguata i propri compiti.

4.2. Individuazione dell'Organismo di Vigilanza e sua composizione

4.2.1. Composizione dell'Organismo di Vigilanza

La disciplina in esame non fornisce indicazioni circa la composizione dell'Organismo.

Ciò consente, in astratto, di optare, sotto il profilo quantitativo, per una composizione sia mono che plurisoggettiva e, sotto quello qualitativo, di membri esterni e/o interni.

La scelta tra le possibili soluzioni ha tenuto conto delle finalità perseguite dalla legge e, quindi, è stata ritenuta idonea ad assicurare il profilo di effettività dei controlli in relazione alla dimensione ed alla complessità organizzativa dell'ente.

Nella scelta della composizione dell'Organismo, pertanto, si è tenuto quindi conto di molteplici fattori; la dimensione dell'impresa, la diffusione della stessa sul territorio nazionale, la tipologia dei rischi individuati a seguito del relativo audit, tenendo altresì conto dei contributi forniti sul punto dalla giurisprudenza e dalla dottrina nonché delle precedenti esperienze di altre aziende, simili nelle dimensioni e nella struttura ad AM.

In particolare, si è tenuto conto delle valutazioni contenute nei provvedimenti giurisprudenziali in tema di congruità dell'Organismo sotto il profilo della sua composizione.

4.2.2. Compiti, requisiti e poteri dell'Organismo di Vigilanza

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

- a) Vigilanza sull'**effettività** del Modello, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il Modello istituito;
- b) Disamina in merito all'**adeguatezza** del Modello, ossia della sua reale (e non meramente formale) capacità di prevenire, in linea di massima, i comportamenti non voluti;
- c) Analisi circa il **mantenimento** nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Modello;
- d) Cura del necessario **aggiornamento** in senso dinamico del Modello, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti. Tale cura, di norma, si realizza in due momenti distinti ed integrati:
 - Presentazione di **proposte di adeguamento** del Modello verso gli organi/funzioni aziendali in grado di dare loro concreta attuazione nel tessuto aziendale. A seconda della tipologia e della portata degli interventi, le proposte saranno dirette verso le Funzioni del Personale, Amministrazione, ecc., o, in taluni casi di particolare rilevanza, verso il Consiglio di Amministrazione;
 - **fFlow-up**, ossia verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.

Si tratta di attività specialistiche, prevalentemente di controllo, che presuppongono la conoscenza di tecniche e strumenti *ad hoc*, nonché una continuità di azione elevata.

4.3. I requisiti dell'Organismo di Vigilanza

Occorre ora verificare se, nell'ambito delle varie forme che assume in concreto il disegno organizzativo aziendale, esiste già - negli enti destinatari della norma ed, in particolare, nelle società di medio-grandi dimensioni - una struttura che possieda i requisiti necessari per assolvere il mandato ed essere, quindi, identificata nell'Organismo voluto dal D. Lgs. n. 231/2001.

A questo scopo appare opportuno riassumere sinteticamente quelli che appaiono i principali requisiti dell'Organismo.

4.3.1. Requisiti soggettivi di eleggibilità

I requisiti di onorabilità, integrità e rispettabilità di ciascun componente dell'Organismo di Vigilanza, come pure l'assenza di cause di incompatibilità, devono essere accertati, in via preventiva al momento della nomina, a cura del Consiglio di Amministrazione della Società.

Al conferimento dell'incarico, ciascun candidato alla carica dovrà rilasciare una dichiarazione nella quale attesta l'assenza di motivi di incompatibilità, con l'impegno di comunicare le eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dell'incarico.

Costituiscono cause di ineleggibilità (e decadenza) dei componenti dell'OdV:

- a) La condanna, anche con sentenza non definitiva o a seguito del c.d. "patteggiamento":
 - Alla reclusione;

- Alla interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici, oppure l'interdizione, anche temporanea, dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- b) L'applicazione di una delle misure di prevenzione previste dalla normativa sulla lotta contro la mafia (art. 10 – comma 3 – della Legge 575 del 19.03.1965 e successive modificazioni);
- c) L'irrogazione delle sanzioni amministrative previste dalla normativa in materia di intermediazione finanziaria (art. 187-*quater* del D.L. n. 58/1998);
- d) Il rinvio a giudizio per uno dei reati presupposto ai sensi del D. Lgs. 231/2001;
- e) La cancellazione da albi professionali per motivi disciplinari;
- f) Il trovarsi in situazioni che ledano gravemente l'autonomia e l'indipendenza del singolo componente dell'OdV in relazione alle attività da lui svolte, come, a titolo indicativo e non esaustivo:
 - Siano membri dell'Organo Amministrativo della Società o della società controllante;
 - Siano il coniuge, il convivente, un parente entro il quarto grado o un affine entro il secondo grado di uno qualunque dei soggetti di cui al punto precedente;
 - Abbiano rapporti professionali o commerciali o di affari con uno qualunque dei soggetti di cui ai punti precedenti.

I requisiti sopra richiamati e l'obbligo del rilascio della dichiarazione si applicano anche nei confronti:

- a) Dei componenti nominati in sostituzione di quelli decaduti o dimissionari;
- b) Degli eventuali consulenti esterni ai quali l'OdV può fare ricorso, sotto la propria gestione e responsabilità, per l'espletamento del proprio incarico.

4.3.2. Autonomia ed indipendenza

I requisiti vanno intesi in relazione alla funzionalità dell'Organismo e, in particolare, ai compiti che la legge assegna allo stesso (sui requisiti dei singoli componenti si dirà tra breve). La posizione dell'Organismo nell'ambito dell'ente deve garantire l'autonomia dell'iniziativa di controllo da ogni forma d'interferenza e/o di condizionamento da parte di qualunque componente dell'ente (e in particolare dell'organo dirigente). Tali requisiti sembrano assicurati dall'inserimento dell'Organismo in esame come unità di staff in una posizione gerarchica la più elevata possibile e prevedendo il "riporto" al massimo vertice operativo aziendale ovvero al Consiglio di Amministrazione nel suo complesso.

Per assicurare la necessaria autonomia di iniziativa e l'indipendenza è poi indispensabile che all'Organismo non siano attribuiti compiti operativi che, rendendolo partecipe di decisioni ed attività operative, ne minerebbero l'obiettività di giudizio nel momento delle verifiche sui comportamenti e sul Modello.

Con riferimento all'Organismo a composizione plurisoggettiva ci si deve chiedere se i requisiti di autonomia ed indipendenza siano riferibili all'Organismo in quanto tale ovvero ai suoi componenti singolarmente considerati. Si ritiene che con riferimento ai componenti dell'Organismo reclutati all'esterno i requisiti di autonomia ed indipendenza debbano essere riferiti ai singoli componenti. Al contrario, nel caso di composizione mista dell'Organismo, non essendo esigibile dai componenti di provenienza interna una totale indipendenza dall'ente, il grado di indipendenza dell'Organismo dovrà essere valutato nella sua globalità.

Nell'ipotesi di un Organismo a composizione monocratica, l'assenza di situazioni di conflitto di interessi in capo al componente interno dovrebbe essere attentamente valutata sia con riguardo alla titolarità di compiti operativi che anche di eventuali funzioni di controllo già esercitate nell'ambito dell'ente.

E' opportuno che l'Organismo formuli un regolamento delle proprie attività (determinazione delle scadenze temporali dei controlli, individuazione dei criteri e delle procedure di analisi, ecc.). Non è, invece, opportuno che tale regolamento sia redatto ed approvato da organi societari diversi dall'Organismo di cui ci occupiamo giacché questo potrebbe far ritenere violata l'indipendenza dello stesso.

4.3.3. Professionalità

Questo connotato si riferisce al bagaglio di strumenti e tecniche che l'Organismo deve possedere per poter svolgere efficacemente l'attività assegnata. Si tratta di tecniche specialistiche proprie di chi svolge attività "ispettiva", ma anche consulenziale di analisi dei sistemi di controllo e di tipo giuridico e, più in particolare, penalistico.

Quanto all'attività ispettiva e di analisi del sistema di controllo, è evidente il riferimento - a titolo esemplificativo - al campionamento statistico; alle tecniche di analisi e valutazione dei rischi; alle misure per il loro contenimento (procedure autorizzative; meccanismi di contrapposizione di compiti; ecc.); al *flow-charting* di procedure e processi per l'individuazione dei punti di debolezza; alle tecniche di intervista e di elaborazione di questionari; ad elementi di psicologia; alle metodologie per l'individuazione di frodi; ecc..

Con riferimento, invece, alle competenze giuridiche, non va dimenticato che la disciplina in argomento è in buona sostanza una disciplina penale e che l'attività dell'Organismo (ma forse sarebbe più corretto dire dell'intero sistema di controllo previsto dal Decreto in parola) ha lo scopo di prevenire la realizzazione di reati.

È dunque essenziale la conoscenza della struttura e delle modalità realizzative dei reati, che potrà essere assicurata mediante l'utilizzo delle risorse aziendali ovvero della consulenza esterna.

4.3.4. Continuità d'azione

Per poter dare la garanzia di efficace e costante attuazione di un Modello così articolato e complesso quale è quello delineato, soprattutto nelle aziende di grandi e medie dimensioni, si rende necessaria la presenza di una struttura dedicata ed a tempo pieno all'attività di vigilanza sul Modello priva, come detto, di mansioni operative che possano portarla ad assumere decisioni con effetti economico-finanziari.

Ciò non esclude, peraltro, che questa struttura possa fornire, come già detto, anche pareri consultivi sulla costruzione del Modello, affinché questo non nasca già con punti di debolezza o falle in riferimento ai reati che si intende evitare: pareri consultivi, infatti, non intaccano l'indipendenza e l'obiettività di giudizio su specifici eventi.

Allo scopo di assicurare l'effettiva sussistenza dei descritti requisiti, sia nel caso di un Organismo composto da una o più risorse interne che nell'ipotesi in cui esso sia composto, in via esclusiva o anche, da più figure esterne, sarà opportuno che i membri possiedano, oltre alle competenze professionali descritte, i requisiti soggettivi formali che garantiscano ulteriormente l'autonomia e l'indipendenza richiesta dal compito (es. onorabilità, assenza di conflitti di interessi e di relazioni di parentela con gli organi sociali e con il vertice, ecc.).

La definizione degli aspetti attinenti alla continuità dell'azione dell'Organismo, quali la calendarizzazione dell'attività, la verbalizzazione delle riunioni e la disciplina dei flussi informativi dalle strutture aziendali all'Organismo, è rimessa allo stesso Organismo, il quale in questi casi disciplina il proprio funzionamento interno.

4.4. Obblighi di informazione dell'Organismo

Resta ora da approfondire il significato concreto della previsione contenuta nella lettera *d)* del secondo comma dell'art. 6, in tema di obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo.

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

Se questo è lo spirito della prescrizione normativa, allora è da ritenere che l'obbligo di dare informazione all'Organismo sia rivolto alle funzioni aziendali a rischio reato e riguardi: *a)* le risultanze periodiche dell'attività di controllo dalle stesse poste in essere per dare attuazione ai modelli (*report* riepilogativi dell'attività svolta, attività di monitoraggio, indici consuntivi, ecc.); *b)* le anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili (un fatto non rilevante se singolarmente considerato, potrebbe assumere diversa valutazione in presenza di ripetitività o estensione dell'area di accadimento).

L'Organismo dovrebbe altresì ricevere copia della reportistica periodica in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Va chiarito che, le informazioni fornite all'Organismo mirano a consentirgli di migliorare le proprie attività di pianificazione dei controlli e non, invece, ad imporgli attività di verifica puntuale e sistematica di tutti i fenomeni rappresentati.

Nel disciplinare un sistema di *reporting* efficace sarà opportuno garantire la riservatezza a chi segnala le violazioni. Allo stesso tempo, sarà opportuno prevedere misure deterrenti contro ogni informativa impropria, sia in termini di contenuti che di forma.

Mediante la regolamentazione delle modalità di adempimento all'obbligo di informazione non si intende incentivare il fenomeno del riporto di *rumors* interni, ma piuttosto realizzare quel sistema di *reporting* di fatti e/o comportamenti reali che non segue la linea gerarchica e che consente al personale di riferire casi di violazione di norme da parte di altri all'interno dell'ente, senza timore di ritorsioni. In questo senso l'Organismo viene ad assumere anche le caratteristiche dell'*Ethics Officer*, senza - però - attribuirgli poteri disciplinari che sarà opportuno allocare in un apposito comitato o, infine, nei casi più delicati al Consiglio di Amministrazione.

4.5. L'Organismo nei gruppi di imprese

Un cenno meritano anche le complesse problematiche che il D. Lgs. n. 231/2001 può presentare nell'ambito dei gruppi di imprese.

Come noto, i gruppi di imprese sono spesso caratterizzati dalla tendenza a centralizzare presso la capogruppo alcune funzioni (acquisti, gestione amministrativo-contabile, finanza, ecc.) allo scopo di conseguire sinergie nonché disporre di leve gestionali dirette per orientare il gruppo verso le politiche e le strategie decise dal vertice della *holding*.

Anche le funzioni di controllo, ed in particolare quella di *Internal Auditing*, non sfuggono a questa tendenza.

Un assetto organizzativo di questo tipo, o assetti analoghi, sono volti al raggiungimento di due principali obiettivi: realizzare economie in termini di risorse assegnate e creare un'unica struttura che assicuri un migliore livello qualitativo delle sue prestazioni grazie alle maggiori possibilità di specializzazione, aggiornamento e formazione.

Nelle fattispecie di cui sopra soluzioni organizzative di questo genere possono conservare la loro validità anche con riferimento alle esigenze poste dal Modello delineato dal D. Lgs n. 231/2001, purché siano rispettate le seguenti condizioni:

- a) In ogni società controllata deve essere istituito l'Organismo con tutte le relative attribuzioni di competenze e responsabilità, fatta salva la possibilità di attribuire questa funzione direttamente all'organo dirigente della controllata, se di piccole dimensioni, così come espressamente previsto dall'art. 6, co. 4, D. Lgs. n. 231/2001;
- b) L'Organismo della controllata potrà avvalersi, nell'espletamento del compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, delle risorse allocate presso l'analogo Organismo della capogruppo, sulla base di un predefinito rapporto contrattuale con la stessa;
- c) I dipendenti dell'Organismo della capogruppo, nella effettuazione di controlli presso le società del gruppo, assumono nella sostanza la veste di professionisti esterni che svolgono la loro attività nell'interesse della controllata stessa, riportando all'Organismo di quest'ultima, con i vincoli di riservatezza propri del consulente esterno.

4.6. Nomina, composizione e durata dell'Organismo di AM

4.6.1. Nomina

La nomina dell'Organismo di Vigilanza della Società è effettuata dal Consiglio di Amministrazione, che provvede altresì ad individuare il Presidente.

L'Organismo di Vigilanza deve possedere i requisiti di eleggibilità, autonomia ed indipendenza, professionalità come sopra definiti.

La definizione degli aspetti attinenti alla continuità dell'azione dell'Organismo, quali la calendarizzazione dell'attività, la verbalizzazione delle riunioni e la gestione dei flussi informativi dalle strutture aziendali all'Organismo è rimessa allo stesso Organismo, il quale in questi casi deve disciplinare il proprio funzionamento interno attraverso la redazione di uno specifico Regolamento.

4.6.2. Composizione

L'Organismo di Vigilanza della Società è composto da due membri esterni con competenze specifiche in materia di organizzazione e gestione aziendale, tecniche di analisi e valutazione dei rischi, metodologie di controllo per la prevenzione ed individuazione di frodi e con esperienze maturate in ambito di D. Lgs. 231/2001. L'Organismo sarà dotato di adeguate risorse finanziarie funzionali alle esigenze connesse al corretto svolgimento dei compiti allo stesso assegnati (ad esempio: per consulenza specialistiche, trasferte, ecc.).

L'accettazione della carica da parte di ciascun membro dell'Organismo di Vigilanza costituisce impegno al rispetto (i) del presente Modello e del Codice Etico per tutto quanto riguarda l'Organismo stesso, (ii) del Regolamento adottato da quest'ultimo e (iii) più in generale degli obblighi di continuità di azione e di tempestiva informativa al Consiglio di Amministrazione di qualsiasi circostanza che richieda immediata valutazione da parte del Consiglio medesimo. In questo ambito ciascun membro dell'Organismo di Vigilanza ha l'obbligo di comunicare tempestivamente anche qualsiasi fatto che determini il venir meno dei richiamati requisiti o che possa costituire giusta causa di revoca o anche solo di sospensione dall'incarico.

In caso di morte, decadenza, revoca o rinuncia all'incarico di un membro dell'Organismo di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione provvederà senza indugio alla sua sostituzione. Il nuovo membro scadrà insieme a quelli già in carica.

4.6.3. Durata

La durata in carica è prevista per la durata di un anno a partire dalla data di nomina fatte salve le specifiche disposizioni in materia di decadenza, sospensione e revoca dall'incarico previste nel presente Modello. La revoca o la decadenza di un componente dell'OdV può avvenire, a titolo puramente indicativo, per i seguenti motivi:

- a) Perdita dei requisiti soggettivi;
- b) Sopraggiunta incompatibilità;
- c) Grave negligenza nell'assolvimento dei propri compiti (ad esempio: omessa o insufficiente vigilanza risultante da una sentenza di condanna, anche non definitiva, emessa nei confronti della Società; venir meno dell'obbligo di riservatezza su segnalazioni ricevute, ecc.).

4.7. I flussi informativi da e verso l'Organismo di Vigilanza

4.7.1. Informativa verso l'Organismo di Vigilanza

Perché l'Organismo espliciti la massima efficacia operativa, allo stesso è consentito l'accesso senza limiti e condizioni a tutte le informazioni aziendali rilevanti al fine della sua attività o, più in generale, a tutte le informazioni aziendali.

E', inoltre, previsto l'obbligo (sanzionato disciplinarmente in caso di omissioni), per ogni singola funzione aziendale e per ogni dipendente che venga in possesso di informazioni rilevanti o a conoscenza di transazioni non adeguate con le norme di comportamento stabilite, di relazionare ad esso qualsiasi evento o circostanza rilevante ai fini dell'attività di controllo.

In termini generali sono rilevanti per l'Organismo tutte le informazioni relative al Modello: va sottolineato che sono considerate rilevanti non solo le eventuali inosservanze dei protocolli o delle misure contenute nello stesso, ma anche sue disapplicazioni ovvero tutte le osservazioni che riguardino la compatibilità dello stesso con la concreta realtà operativa dell'azienda.

A titolo meramente esemplificativo, le informazioni rilevanti che dovrebbero essere trasmesse all'Organismo, riguardano:

- L'inosservanza o l'incongruità delle procedure aziendali;
- Le decisioni relative alla richiesta, all'erogazione e all'utilizzo di finanziamenti pubblici (allo scopo di contrastare fenomeni delittuosi attinenti con i reati di truffa ai danni dello Stato, malversazione, indebita percezione di erogazioni pubbliche);
- Le richieste di assistenza legale inoltrate dai dirigenti e/o dipendenti nei confronti dei quali la Magistratura procede per i reati previsti dal D. Lgs. n. 231/2001 (al fine di valutare concretamente la possibilità che le responsabilità vengano estese dal soggetto autore alla Società);
- I provvedimenti e le notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche nei confronti di ignoti, per i reati di cui al D. Lgs. n. 231/2001;
- Le commissioni di inchiesta o relazioni interne dalle quali emergano responsabilità per le ipotesi di reato di cui al D. Lgs. n. 231/2001;
- Le notizie relative all'effettiva attuazione, a tutti i livelli aziendali, del Modello organizzativo, con evidenza dei procedimenti disciplinari svolti e delle eventuali sanzioni irrogate (a seguito delle violazioni del Modello), ovvero dei provvedimenti di archiviazione di taliprocedimenti con le relative motivazioni;
- Eventuali violazioni dei limiti imposti ai soggetti titolari delle procure e/o delle deleghe;
- I prospetti riepilogativi degli appalti affidati a seguito di gare a livello nazionale ed europeo, ovvero a trattativa privata (allo scopo di valutare il rischio di commissione dei reati di corruzione e concussione);
- Le notizie relative a commesse attribuite da enti pubblici o soggetti che svolgano funzioni di pubblica utilità.

Ciò, inevitabilmente, potrà causare anche segnalazioni non pertinenti o irrilevanti, ma consentirà all'Organismo di acquisire una migliore conoscenza dei processi operativi e, grazie al controllo capillare delle transazioni, di rilevare più facilmente e tempestivamente eventuali fatti o circostanze potenzialmente dannosi.

Data la natura così ampia delle informazioni rilevanti per l'attività dell'Organismo, appare evidente che queste potranno pervenire da tutti coloro che hanno un rapporto giuridico con l'Azienda.

Sarà cura dell'Organismo di Vigilanza, valutarne la rilevanza e le eventuali attività da intraprendere: di contro non verrà dato seguito alle segnalazioni non ritenute pertinenti.

Anche i Consulenti e gli altri Destinatari del Modello esterni alla Società sono tenuti a una informativa immediata all'Organismo di Vigilanza nel caso in cui gli stessi ricevano, direttamente o indirettamente, da un dipendente/rappresentante della Società una richiesta tale da configurare comportamenti che potrebbero determinare una violazione del Modello. Tale obbligo deve essere specificato nei contratti che legano tali soggetti alla Società.

4.7.2. Informativa dell'Organo di Vigilanza verso gli organi societari

L'Organismo di Vigilanza riferisce in merito all'attuazione del Modello, all'emersione di eventuali aspetti critici, alla necessità di interventi modificativi.

In particolare, l'Organismo di Vigilanza:

- Riporta tempestivamente al Consiglio di Amministrazione le conclusioni relative a ciascuna delle verifiche effettuate, segnalando le problematiche emerse e i provvedimenti da adottare per correggere tali situazioni (mediante trasmissione del Resoconto delle riunioni);
- Preventivamente, comunica al Consiglio di Amministrazione il programma delle attività previste su base annua;
- Immediatamente, segnala al Consiglio di Amministrazione la necessità di procedere alle integrazioni e agli aggiornamenti del Modello da eseguire a seguito della modificazione della normativa di riferimento o della struttura aziendale o comunque di altre circostanze riscontrate.

L'Organismo di Vigilanza può essere convocato e può chiedere di essere ascoltato in qualsiasi momento dal Consiglio di Amministrazione. Gli incontri con gli organi societari cui l'Organismo di Vigilanza riferisce devono essere documentati.

L'Organismo di Vigilanza cura l'archiviazione della relativa documentazione.

4.8. Sintesi dei flussi informativi

Il D. Lgs. 231/2001 contempla l'obbligo di regolamentare, nei modelli di organizzazione e controllo adottati dalle società, i flussi informativi e le comunicazioni verso l'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli medesimi (art. 6, comma 2, lett. d).

L'obbligo di fornire informazioni aziendali all'Organismo di Vigilanza costituisce uno strumento volto sia ad agevolare l'attività di controllo inerente l'adozione e l'efficace attuazione del Modello di organizzazione e gestione, sia all'accertamento, a posteriori, delle cause che hanno determinato il verificarsi di reati societari sensibili ai fini del D. Lgs. 231/2001.

I principali flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza sono di seguito indicati:

Soggetto	Tipologia flusso informativo
Consiglio di Amministrazione	Verballi delle riunioni del C.d.A., se rilevanti ai fini 231 (con eventuali <i>omissis</i> se non rilevanti ai fini della 231)
Società di revisione	Relazione annuale Lettere raccomandate o e-mail, per segnalazioni occasionali
Head of Compliance	Comunicazioni su eventi aziendali rilevanti nel corso delle riunioni dell'OdV

I principali flussi informativi dall'Organismo di Vigilanza verso gli organi sociali e di controllo sono di seguito indicati:

Destinatari	Tipologia flusso informativo	Periodicità
Consiglio di Amministrazione	Piano di azione annuale	Annuale
	Resoconti verifiche	<i>Ad hoc</i>
	Relazione su attività svolta, segnalazioni rilevanti ricevute, necessari e/o opportuni interventi correttivi da attivare sul Modello.	Annuale
Società di revisione	Relazione su attività svolta, segnalazioni rilevanti ricevute, necessari e/o opportuni interventi correttivi da attivare sul Modello.	Annuale
	Lettere raccomandate o e-mail per segnalazioni occasionali	<i>Ad hoc</i>

4.9. Modalità dei flussi informativi

Varie possono essere le modalità attraverso le quali l'Organismo può ricevere le informazioni di cui ha bisogno per svolgere appieno la sua attività.

Semplificando, si può affermare che, perché esse siano efficienti, debbono quantomeno garantire velocità di trasmissione, relativa certezza di conoscenza da parte del destinatario, anonimato quando richiesto.

A tal fine, è stato previsto che le segnalazioni dirette all'Organismo di AM potranno essere inviate con le seguenti modalità:

- e-mail: organismo.vigilanza@alliancemedical.it

- lettera da indirizzare all'Organismo di Vigilanza di Alliance Medical S.r.l. c/o la sede legale in Lissone, Via Mameli 42/A.

La Società e l'Organismo di Vigilanza garantiscono il trattamento in maniera riservata delle segnalazioni nonché garantiscono e proteggono il segnalante da qualsiasi forma di ritorsione o discriminazione.

4.10. Whistleblowing – tutela del dipendente e/o del collaboratore che segnala illeciti – art. 6, comma 2-bis del D.Lgs. 231/2001

Le segnalazioni di cui al precedente punto e, in generale, le segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del D.lgs. 231/2001 e fondate su elementi di fatto precisi e concordati, o di violazioni (anche presunte) del Modello di organizzazione, gestione e controllo, di cui i destinatari del presente Modello siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte, avvengono nell'alveo delle disposizioni normative previste in materia di *whistleblowing*, con particolare riferimento alla tutela del segnalante da qualsiasi forma di ritorsione e/o discriminazione.

In particolare, è vietato porre in essere atti di ritorsione o discriminazione, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante (o *whistleblower*) per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione, in ossequio alle disposizioni normative di cui all'art. 6, comma 2-bis, del D.lgs. 231/2001.

L'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano segnalazioni può essere denunciata all'Ispettorato nazionale del lavoro, per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'organizzazione sindacale.

Si chiarisce, in conformità alle disposizioni vigenti, che il licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto segnalante è da ritenersi nullo, come allo stesso modo sono nulli il mutamento di mansioni, nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei suoi confronti.

L'onere della prova grava sul datore di lavoro, il quale dovrà dimostrare che, in caso di controversie legate all'irrogazione di sanzioni disciplinari, o a demansionamenti, licenziamenti, trasferimenti, o sottoposizione del segnalante ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, successivi alla presentazione della segnalazione, tali misure sono fondate su ragioni estranee alla segnalazione stessa.

Eventuali violazioni delle misure a tutela del *whistleblower* o segnalazioni infondate effettuate con dolo o colpa grave saranno sanzionate in conformità alle disposizioni di cui al successivo capitolo "Sistema Disciplinare".

La Società si rifà al processo definito nella procedura di riferimento per ogni segnalazione di questo tipo.

4.11. I flussi informativi da e verso l'Organo di Vigilanza delle altre società del Gruppo Alliance Medical

Gli Organismi di Vigilanza delle Società del Gruppo Alliance Medical possono chiedersi informazioni a vicenda, qualora esse siano necessarie ai fini dello svolgimento delle proprie attività di controllo.

In particolare, ogni Organismo di Vigilanza delle Società del Gruppo Alliance Medical ha facoltà di acquisire documentazione e informazioni rilevanti e di effettuare, singolarmente o congiuntamente con l'Organismo di Vigilanza della Società, controlli periodici e verifiche mirate sulle singole attività a rischio.

.4.11. Raccolta e conservazione delle informazioni

Ogni informazione, segnalazione, report, relazione previsti nel Modello e di competenza dell'Organismo di Vigilanza sono conservate a cura dello stesso secondo le modalità indicate nel proprio Regolamento.

5. SISTEMA DISCIPLINARE

Il presente Modello di organizzazione, di gestione e controllo prevede un adeguato sistema disciplinare applicabile in caso di violazioni delle procedure ivi indicate, nonché delle disposizioni e dei principi stabiliti nel Codice Etico.

Tale sistema disciplinare è volto a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello ex articolo 6 lettera e) del D. Lgs. 231/2001.

È fatto divieto alla Società, ed agli esponenti di questa, di porre in essere atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, a eventuali segnalazioni di cui ai paragrafi 4.9 e 4.10. A tale riguardo si chiarisce che sono previste sanzioni disciplinari:

- In caso del mancato rispetto delle misure e dei principi indicati nel Modello;
- Nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante;
- Di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate.

L'adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano tali segnalazioni può essere denunciata all'Ispettorato nazionale del lavoro, per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'eventuale organizzazione sindacale.

Si chiarisce, in conformità alle disposizioni vigenti, che il licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto segnalante è nullo.

Sono, altresì, nulli il mutamento di mansioni, nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei confronti del segnalante. È onere del datore di lavoro, in caso di controversie legate all'irrogazione di sanzioni disciplinari, o a demansionamenti, licenziamenti, trasferimenti, o sottoposizione del segnalante ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, successivi alla presentazione della segnalazione, dimostrare che tali misure sono fondate su ragioni estranee alla segnalazione stessa.

L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'eventuale instaurazione di un giudizio penale nei casi in cui il comportamento costituisca reato.

La Società, infatti, ha la facoltà di applicare, all'esito delle opportune valutazioni, le sanzioni disciplinari ritenute più adeguate al caso concreto, non dovendo le stesse, in considerazione della loro autonomia, coincidere con le valutazioni del giudice in sede penale.

Le sanzioni ivi previste variano a seconda della natura del rapporto che lega la Società al soggetto che violi le procedure previste nel Modello di organizzazione e gestione.

Tali rapporti sono riconducibili alle seguenti categorie:

1. Rapporti di lavoro subordinato;
2. Rapporti di lavoro autonomo o parasubordinato;
3. Rapporti commerciali o di fornitura nei confronti della Società;
4. Rapporti con amministratori e sindaci.

5.1. Rapporti di lavoro subordinato

L'inosservanza delle misure indicate nel Modello di organizzazione, gestione e controllo adottato da AM ai sensi della D. Lgs. n. 231/2001, nonché le violazioni delle disposizioni e dei principi stabiliti nel Codice Etico costituisce una violazione delle disposizioni impartite dal datore di lavoro.

Inoltre, la violazione delle misure a tutela dei *whistleblower*, nonché la presentazione di segnalazioni infondate con dolo o colpa grave costituiscono altresì illeciti disciplinari.

Tali violazioni possono dar luogo, secondo la gravità della infrazione, all'applicazione dei provvedimenti disciplinari previsti nel singolo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicabile (CCNL Commercio e Studi Professionali) al dipendente che ha violato la procedura.

Il datore di lavoro non potrà adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa.

Le norme procedurali dovranno essere quelle previste dalla legge e dal C.C.N.L. applicato al lavoratore, ivi comprese tutte le garanzie e prerogative in esso previste.

In ogni caso la comminazione del provvedimento dovrà essere motivata e comunicata per iscritto.

I provvedimenti disciplinari potranno essere impugnati dal lavoratore secondo i termini e le forme previste dalla legge e del C.C.N.L. di riferimento.

Il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sopra elencate saranno determinate in relazione:

- a) Alla gravità delle violazioni commesse e proporzionate alle stesse;
- b) Alle mansioni del lavoratore;
- c) Alla prevedibilità dell'evento;
- d) All'intenzionalità del comportamento o grado di negligenza, imprudenza o imperizia;
- e) Al comportamento complessivo del lavoratore, con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo, nei limiti consentiti dalla legge;
- f) Alla posizione funzionale delle persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza ed alla conseguente intensità del vincolo fiduciario sotteso al rapporto di lavoro;
- g) Alle altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare.

5.2. Rapporti di lavoro autonomo o parasubordinato

L'inosservanza delle procedure indicate nel Modello di organizzazione, gestione e controllo adottato dalla Società ai sensi della D. Lgs. 231/2001, nonché le violazioni delle disposizioni e dei principi stabiliti nel Codice Etico aventi funzione preventiva al compimento dei reati previsti dalla legge da parte di ciascun lavoratore autonomo o parasubordinato, può determinare, in conformità a quanto disciplinato nello specifico rapporto contrattuale, la risoluzione del relativo contratto, fermo restando la facoltà di richiedere il risarcimento dei danni verificatisi in conseguenza di detti comportamenti, ivi inclusi i danni causati dall'applicazione da parte del giudice delle misure previste dal D. Lgs. n. 231/2001.

5.3. Rapporti commerciali o di fornitura con la Società

L'inosservanza delle misure indicate nel Modello di organizzazione, gestione e controllo adottato dalla Società ai sensi della D. Lgs. n. 231/2001, nonché le violazioni delle disposizioni e dei principi stabiliti nel Codice Etico potrà determinare, in conformità a quanto disciplinato nello specifico rapporto contrattuale, la risoluzione del relativo contratto, fermo restando la facoltà di richiedere il risarcimento dei danni verificatisi in conseguenza di detti comportamenti, ivi inclusi i danni causati dall'applicazione da parte del giudice delle misure previste dal D. Lgs. n. 231/2001.

5.4. Rapporti con amministratori

In caso di violazione accertata del Modello da parte degli Amministratori, nonché in caso di violazione delle misure a tutela dei *whistleblower* da parte degli stessi o di presentazione di segnalazioni infondate con dolo o colpa grave, l'Organismo di Vigilanza informerà l'intero Consiglio di Amministrazione della Società che provvederanno ad assumere le opportune iniziative previste dalla vigente normativa. Qualora il Consiglio di Amministrazione, non avviasse alcuna iniziativa, l'Organismo procederà ad informare per iscritto dell'accaduto l'Azionista inviando copia della nota a C.d.A.

6. RAPPORTI CON L'ORGANISMO DI VIGILANZA

In ipotesi di negligenza e/o imperizia dell'Organismo di Vigilanza nel vigilare sulla corretta applicazione del Modello e sul suo rispetto e nel non aver saputo individuare casi di violazione allo stesso procedendo alla loro eliminazione, l'OdV potrà essere revocato salva ed impregiudicato il diritto della Società al risarcimento degli eventuali danni patiti.

Il Consiglio di Amministrazione, comunicherà all'OdV in forma scritta la revoca dell'incarico, indicando dettagliatamente gli eventuali addebiti a sostegno del provvedimento di revoca.

7. FORMAZIONE E DIVULGAZIONE

7.1. Formazione nei confronti del personale già assunto

Al fine di rendere il personale della Società edotto e consapevole in merito alle responsabilità ed al sistema di controllo interno, nonché alle sanzioni previste in caso di violazioni del Modello, è previsto un programma di formazione – come peraltro indicato dalla normativa di riferimento – avente ad oggetto la disciplina dettata dal D. Lgs. 231/2001 e l'esplicazione del Modello di organizzazione e gestione.

AM ha costantemente svolto e continua a svolgere un'attività di formazione nei confronti del proprio personale dipendente, avvalendosi di consulenti di provata professionalità e specifica competenza in materia.

La partecipazione ai momenti formativi è considerata obbligatoria, in quanto rientrante tra le prestazioni lavorative proprie del personale dipendente.

La effettiva adesione del personale alla formazione viene documentata con fogli presenza, sottoscritti dai partecipanti.

L'Organismo di Vigilanza vigila che la Società abbia attuato la corretta formazione del personale in merito all'applicazione del Modello di organizzazione, gestione e controllo.

Si ritiene che un realistico ed efficiente programma di formazione debba tener conto del diverso livello di dettaglio ed approfondimento in rapporto al livello gerarchico dei destinatari della formazione. Pertanto, il programma di formazione si differenzia in funzione dei soggetti cui è rivolto.

7.1.1. Formazione dei soggetti posti in posizione apicale

La Società ha organizzato per i soggetti apicali (quadri, dirigenti, responsabili e membri del C.d.A.) corsi di formazione, avvalendosi della partecipazione anche di consulenti esterni esperti della materia, aventi ad oggetto i criteri fondamentali della responsabilità amministrativa dell'Ente, i reati presi in considerazione dal D. Lgs. 231/2001, la rilevazione e la mappatura delle aree di rischio, le condotte potenzialmente a rischio, le procedure di prevenzione e controllo adottate dalla Società, le funzioni ed i poteri dell'Organismo di Vigilanza, i flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza, la tipologia delle sanzioni previste nel caso di mancato rispetto delle misure indicate nel Modello.

7.1.2. Formazione dei soggetti non apicali

La Società ha redatto e consegnato a tutti i dipendenti posti in posizione non apicale una *brochure* informativa nella quale vengono analizzati in sintesi i principi fondamentali del D. Lgs. 231/2001 con particolare attenzione all'analisi delle procedure e dei flussi informativi nei confronti dell'Organismo di Vigilanza.

7.2. Formazione nei confronti del personale di nuova assunzione

La Società svolgerà, nei confronti del personale neoassunto, una specifica attività di formazione ed in particolare:

7.2.1. Formazione dei soggetti posti in posizione apicale (quadri, dirigenti, membri C.d.A.)

La Società, periodicamente, organizzerà specifici incontri di formazione, con la partecipazione di esperti in materia, avente ad oggetto i contenuti di cui al precedente punto 5.1.

7.2.2. Formazione dei soggetti non apicali

La Società consegnerà al personale neoassunto una specifica *brochure* informativa con i contenuti di cui al precedente punto 7.1.2, oltre a prevedere la possibilità di confrontarsi con l'Organismo di Vigilanza e la Funzione *Compliance* per ogni richiesta di approfondimento e chiarimento relativamente al Modello.

7.3. Formazione in occasione della revisione del Modello

In occasione delle future revisioni del Modello di organizzazione e gestione, la Società continuerà a svolgere nei confronti dei dipendenti un'attività di formazione volta ad analizzare le implementazioni e le modifiche successivamente introdotte con le modalità sopra descritte.

7.4. Comunicazione

La Società, al fine di diffondere la conoscenza del Modello di organizzazione, gestione e controllo al personale dipendente e ai terzi che entrano in contatto con la stessa divulga il Modello stesso con le seguenti modalità:

1. Pubblicazione di estratti del Modello nella sezione intranet del sito di AM;
2. Pubblicazione del Codice Etico sul sito web di AM;
3. Specifica comunicazione a tutti i dipendenti della pubblicazione del Codice Etico in sede internet;
4. Previsione, nei contratti conclusi con gli *stakeholders* dell'obbligo per questi ultimi di prendere visione del Codice Etico con conseguenti sanzioni contrattuali in caso di violazioni delle disposizioni in esso contenute.

Comunicazioni aventi ad oggetto aspetti specifici, integrazioni, interpretazioni, indicazioni da parte dei soggetti coinvolti nei flussi informativi previsti nel Modello, potranno avvenire con l'utilizzo di e-mail, pubblicazione sul sito intranet aziendale, ed invio personalizzato di apposite comunicazioni a quadri e dirigenti.