ATM S.p.A.

Manuale del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.lgs. n. 231/01, coordinato con il PTPCT ex L. n. 190/2012 e strutturato secondo le Norme ISO 37001 e ISO 37301

INDICE

Matrice indicante lo stato di revisione delle sezioni del Manuale 5

1. Scopo e campo di applicazione del Manuale 0

1.1. Sistema di gestione della compliance e sua integrabilità con il PTPC 3

1.2 Il Piano Triennale per la Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) di ATM SpA 5

1.3 Il Responsabile prevenzione corruzione (RPC) 6

1.4 Riferimenti normativi per la Trasparenza e l'Integrità 7

2. Riferimenti normativi 8

3. Termini e definizioni 9

4. Contesto dell'organizzazione 11

4.1 Comprendere l'Organizzazione e il suo contesto 12

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate (Stakeholder) 12

4.3 Scopo e campo di applicazione del CMS/MODELLO 231 14

4.4 CMS/Modello 231 15

4.5 Obblighi di Compliance 16

4.6 Valutazione del rischio compliance 17

5. Leadership 21

5.1 Leadership e impegno 21

5.1.1 Organo di Governo e Alta Direzione 21

5.1.2 Cultura della compliance 22

5.1.3 Governance della compliance 22

5.2 Codice Etico (Politica per la compliance) 23

5.3 Ruoli, responsabilità ed autorità....24
5.3.1 Organo di Governo e Alta Direzione....24
5.3.2 Responsabile Compliance....24
5.3.3 Manager/Responsabili di funzione....25
5.3.4 Personale....26
5.3.5 Organismo di Vigilanza....27
6. Pianificazione....30
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità....30
6.2 Obiettivi per la compliance e pianificazione per il loro raggiungimento....30
6.3 Pianificazione delle modifiche....31
7. Supporto....32
7.1 Risorse....32
7.2 Competenza....32
7.2.1 Generalità....32
7.2.2 Processo di impiego....32
7.2.3 Formazione....33
7.3 Consapevolezza....34
7.4 Comunicazione....35
7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV....36
7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari....36
7.5 Informazioni documentate....37
7.5.1 Generalità....37
7.5.2 Creazione e aggiornamento....37
7.5.3 Controllo delle informazioni documentate....37

8. Attività operative....39

8.1 Pianificazione e controllo operativo....39

8.2 Controlli e procedure....40

8.3 Segnalazioni (far emergere le preoccupazioni)....40

8.4 Processi di indagine....41

9. Valutazione delle prestazioni....42

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione....42

9.1.1 Generalità....42

9.1.2 Fonti di informazioni di ritorno (feedback) sulle prestazioni relative alla compliance....42

9.1.3 Reporting relativo alla Compliance....43

9.1.4 Conservazione delle registrazioni....43

9.2 Audit interni....43

9.2.1 Generalità....43

9.2.2 Programma degli audit interni....44

9.2.3 Scopo degli audit....44

9.2.4 Obiettività ed imparzialità degli audit....44

9.2.5 Audit dell'OdV....45

9.3 Riesame di direzione....45

9.3.1 Generalità....45

9.3.2 Input al riesame di direzione....45

9.3.3 Risultati del riesame di direzione....46

9.3.4 Relazione del Responsabile Compliance....47

9.3.5 Relazione Periodica dell'OdV....47

10. Miglioramento....48

10.1 Miglioramento continuo 48

10.2 Non conformità e azioni correttive.....48

Matrici delle revisioni e descrizione modifiche

Rev.	Data	Descrizione delle principali modifiche	Motivo delle modifiche
00	08/07/2022	Prima Emissione	
01	20/03/2023	Allineamento con la nuova revisione dell'Analisi dei Rischi	Nuova serie di interviste
02	30/09/2024	Inserimento del riferimento alla Tabella Reati-Sanzioni nel paragrafo 2	Aggiornamento Reati Presupposto

Matrice indicante lo stato di revisione delle sezioni del Manuale

	Indice di Revisione										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sezioni Manuale											
Sezione 0	08/07/22	20/03/23	30/09/24								
Sezione 1	08/07/22	20/03/23	30/09/24								
Sezione 2	08/07/22	20/03/23	30/09/24								
Sezione 3	08/07/22	20/03/23	30/09/24								
Sezione 4	08/07/22	20/03/23									
Sezione 5	08/07/22	20/03/23									
Sezione 6	08/07/22	20/03/23									
Sezione 7	08/07/22	20/03/23									
Sezione 8	08/07/22	20/03/23									
Sezione 9	08/07/22	20/03/23									
Sezione 10	08/07/22	20/03/23									

1. Scopo e campo di applicazione del Manuale

Il presente documento è stato realizzato sulla base dei principi dettati dal D.Lgs. 231/01, oltre che dalle norme ISO 37001:2016 e ISO 37301:2021 e dalle prescrizioni stabilite dalla L. n. 190/2012, nella forma di un "Manuale del Sistema di Gestione della Compliance" (Compliance Management System – CMS/Modello 231) perfettamente coordinabile con i requisiti delle norme ISO in genere, realizzate ai sensi dell'ANNEX L dell'ISO, nonché con quanto stabilito dalla normativa anticorruzione vigente.

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

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità in sede penale degli enti (organizzazioni), che si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito, a "vantaggio dell'organizzazione", o anche solamente "nell'interesse dell'organizzazione", senza che ne sia ancora derivato necessariamente un vantaggio concreto. Quanto sopra vale sia che il reato sia commesso da soggetti in posizione apicale che da soggetti sottoposti all'altrui direzione, inclusi i soggetti non necessariamente in organigramma, come consulenti o procacciatori. La società non risponde, per espressa previsione legislativa (art. 5, comma 2, d.lgs. 231/2001), se le persone indicate hanno agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.
L'ampliamento della responsabilità mira a coinvolgere nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli enti e, in definitiva, gli interessi economici dei soci, i quali, fino all'entrata in vigore della legge in esame, non pativano conseguenze dalla realizzazione di reati commessi, con vantaggio della società, da amministratori o dipendenti.
Il principio di personalità della responsabilità penale li lasciava, infatti, indenni da conseguenze sanzionatorie, diverse dall'eventuale risarcimento del danno, se ed in quanto esistente (quasi sempre, tra l'altro, "coperto" da polizze assicurative).
Sul piano delle conseguenze penali, infatti, soltanto gli artt. 196 e 197 cod. pen. prevedono un'obbligazione civile per il pagamento di multe o ammende inflitte, in caso d'insolvibilità dell'autore materiale del fatto.
L'innovazione normativa, perciò, è di non poco conto, in quanto né l'organizzazione, né i soci possono dirsi estranei al procedimento penale per reati commessi a vantaggio o nell'interesse dell'organizzazione. Ciò,

ovviamente, determina un interesse di quei soggetti (soci, amministratori, sindaci, ecc.) che partecipano alle vicende patrimoniali dell'organizzazione, al controllo della regolarità e della legalità dell'operato sociale.
Inoltre, dalla responsabilità non vengono escluse anche le società "Capogruppo", allorquando risulti che il reato commesso nell'interesse di società "Controllata" (anche solo di fatto) sia derivato da "indicazioni" chiaramente provenienti da soggetti operanti per conto e nell'interesse della stessa Capogruppo.

Il legislatore, con la normativa in esame ha invece previsto la possibilità per l'organizzazione di sottrarsi totalmente o parzialmente all'applicazione delle sanzioni, purché siano state rispettate determinate condizioni.

L'art. 6 e l'art. 7 del D.lgs. n. 231/01 infatti, contemplano una forma di "esonero" da responsabilità dell'organizzazione laddove, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, risulti che l'organizzazione abbia adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati e laddove sul Modello abbia adeguatamente vigilato un Organismo di Vigilanza.

L'art. 6, co. 2, del D.lgs. n. 231/2001, indica le caratteristiche essenziali per la costruzione di un modello di organizzazione, gestione e controllo. In particolare, le lettere a) e b) della citata disposizione si riferiscono espressamente, sebbene con l'utilizzo di una terminologia ed esposizione estranea alla pratica aziendale, ad un tipico sistema di gestione dei rischi (Risk Management).

La norma segnala espressamente le fasi principali in cui un simile sistema deve articolarsi:

a) l'identificazione dei rischi, ossia l'analisi del contesto aziendale per evidenziare in quale area/settore di attività e secondo quali modalità si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal D.lgs. n. 231/01;

b) la progettazione del sistema di controllo (c.d. protocolli per la programmazione della formazione ed attuazione delle decisioni dell'organizzazione), ossia la valutazione del sistema esistente all'interno dell'organizzazione ed il suo eventuale adeguamento;

c) l'istituzione di un Organismo di Vigilanza e Controllo, che vigili sull'efficacia del sistema di controllo;

d) l'istituzione di un Sistema Disciplinare e sanzionatorio interno;

e) la redazione di un Codice Etico.

Il sistema brevemente delineato, per operare efficacemente, deve tradursi in un processo continuo e deve essere periodicamente verificato e adeguato con particolare attenzione nei momenti di cambiamento nell'organizzazione aziendale (apertura di nuove sedi, ampliamento di attività, acquisizioni, riorganizzazioni, ecc.) o nelle previsioni legislative.

Lo scopo del presente documento, quindi, è quello di descrivere il Sistema di Gestione della Compliance (Compliance Management System - CMS/MODELLO 231) di ATM S.p.A., che costituisca anche adozione ed efficace attuazione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo di cui agli artt. 6 e 7 del Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 tenendo presenti, oltre alle prescrizioni del Decreto 231 e della Legge 190/12, le Linee guida elaborate da Confindustria e da ASSTRA, le best practices più diffuse, la storia dell'azienda e le sue specifiche attività.

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

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

Nel caso in questione, comunque, è stato utilizzato il metodo "ERMES - Enterprise Risk Management Evaluation Series (Analisi dei Rischi per un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex Dlgs 231/01)" ©, **nella sua revisione più attuale, che sviluppa una metodologia di analisi dei rischi conforme ai requisiti del presente documento, integrabile con eventuali altri Sistemi di Gestione ISO** e con quanto stabilito dalla L. n. 190/2012 a norma della quale il RPCT procede altresì alla mappatura delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione nonché all'individuazione, per ciascuna area, dei processi più frequentemente soggetti al verificarsi del rischio corruttivo. Le arre di rischio comprendono dunque quelle individuate come aree sensibili dall'art. 1, comma 16 della L.190/2012 s.m.i. nonché quelle ulteriori specificamente connesse alle attività istituzionali dell'Organizzazione.

Il presente CMS/MODELLO 231 è stato realizzato per essere applicato a tutti i processi e le sedi aziendali, oltre che a tutto il personale e/o collaboratori e, comunque, chiunque entri in relazione con l'Organizzazione.
È, inoltre, intento dell'Organizzazione che possa essere esteso indistintamente ad ogni eventuale organizzazione controllata ed anche partecipata (per queste ultime, quantomeno nei limiti del Codice Etico).

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

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

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

1.1. Sistema di gestione della compliance e sua integrabilità con il PTPC

L'articolato sistema dei controlli riferibili alle società a partecipazione pubblica delineato dal legislatore negli ultimi anni appare chiara espressione della mutata strategia adottata nello specifico ambito della lotta alla corruzione, da condursi non più in chiave solo repressiva, ma anzitutto preventiva, attraverso il coinvolgimento degli stessi potenziali soggetti attivi. Le stesse pertanto, finiscono oggi per l'essere assoggettate sia alla disciplina generale di cui al d.lgs. n. 231 del 2001, sia, per quanto in particolare riguarda la materia della corruzione, alla previsioni della l. 190 del 2012 (e, conseguentemente, alla normativa secondaria di dettaglio emanata dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione); da un lato, nel settore privato, il regime prefigurato dal d.lgs. 231 del 2001 appare quindi centrato sul piano dell'esclusione o attenuazione della responsabilità dell'ente, attraverso la predisposizione di un modello organizzativo finalizzato a prevenire la commissione (anche) dei delitti di corruzione; dall'altro, sul versante pubblico, è invece previsto un analogo meccanismo preventivo, combinato con regole in tema di trasparenza dell'azione amministrativa e di incandidabilità nonché decadenza dai pubblici incarichi. Si trattava dunque di costruire un armonico mosaico di disposizioni miranti a realizzare l'obiettivo di associare alla tradizionale – e rafforzata – minaccia di severe pene detentive e interdittive, un corredo di misure preventive omogenee dirette ad assolvere altresì a un'auspicale finalità educativa e di promozione di comportamenti virtuosi.
In questo contesto dotato di una propria intrinseca razionalità, si è successivamente inserita l'ANAC con le "*Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*" di cui alla determinazione n. 8 del 2015, dove, interpretando in senso per la verità estensivo i poteri conferiti all'Autorità, si è mosso il primo deciso passo verso l'estensione della disciplina anticorruzione anche alle società in controllo pubblico.

Nel D.lgs. 231 si ha la responsabilità amministrativa dell'ente qualora il "reato presupposto" sia commesso da soggetti apicali e/o in posizione subordinata ovvero sottoposto all'altrui direzione, nell'interesse o a vantaggio dell'Ente medesimo. Nel sistema anticorruzione, invece, interesse o vantaggio non sono elementi costitutivi della responsabilità.

È, altresì, diverso il titolo di responsabilità: nel D.Lgs. 231/01 il dolo (natura tipicamente dolosa dei reati corruttivi), nella L. 190/2012 la colpa.

Altro aspetto di differenza è la nozione di corruzione. Nella L. 190/12 essa ha, infatti, una connotazione più ampia rispetto a quella derivante dal D. Lgs. 231/01. Come affermato nella circolare n. 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, *"il concetto di corruzione, deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.c., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel titolo II, capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite*". Ci si riferisce, pertanto, alla corruzione in un'accezione che esorbita dai confini tracciati dalla fattispecie penale, comprendendo episodi che si risolvono nella deviazione dall'integrità pubblica e dalle regole morali comunemente accettate.

In questo ambito con il termine "corruzione" si intende pertanto la più ampia definizione di *"maladministration",* intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

In relazione agli elementi sopra descritti emerge, da un lato, l'esistenza di una portata applicativa della L. 190/12 in materia di corruzione più ampia rispetto a quella del D. Lgs. 231/01 e dall'altro l'esigenza di coordinare ed integrare - nel rispetto delle singole specificità legislative – il Modello 231 con le previsioni della L. 190/12.

La presente edizione del Modello, con la finalità di perseguire il suddetto obiettivo, realizza l'integrazione del Modello Organizzativo ex D.lgs.231/01 con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ex L. 190/12 e D.lgs. 33/13 e s.m.i..

Si prospetta dunque, in questo articolato disegno, quello che potremmo definire un "modello integrato" e che prevede al suo interno l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è prospettabile (ex ante e in astratto) un rischio di commissione di reati e delle relative misure di contrasto; previsione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni; definizione delle modalità di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti e dei rapporti tra l'ente e i relativi stakeholder; introduzione degli specifici obblighi

di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge; predisposizione di misure disciplinari connesse alla violazione del modello.

Al fine di realizzare un'azione di prevenzione integrata tra le disposizioni contenute nel PTPCT e il presente Modello 231/CMS, l'Organizzazione considera tra gli altri il rischio di fenomeni corruttivi attenendosi al seguente contenuto minimo:

- AREE A RISCHIO CORRUZIONE: individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, incluse quelle previste nell'art. 1, comma 16, della L. 190/2012 s.m.i, valutate in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni della società;
- FORMAZIONE: previsione della programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;
- RISORSE: individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- PROCEDURE: definizione di procedure/protocolli da osservare per la riduzione del rischio/reato in aree a rischio
- FLUSSI INFORMATIVI: previsione di obblighi di informazione nei confronti dei soggetti deputati a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del PTPCT e del Modello231/CMS 231;
- SISTEMA INFORMATIVO: regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del modello;
- SISTEMA DISCIPLINARE: introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel PTPCT e nel Modello 231/CMS.

1.2 Il Piano Triennale per la Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) di ATM SpA

Il Piano Triennale per la Corruzione e la Trasparenza di ATM è stato redatto secondo la struttura definita dal Piano Nazionale Anticorruzione, tenendo in considerazione quanto esposto nelle linee guida n. 1134/2017, nonché le indicazioni presenti nella delibera n. 1064 del 13.11.19 e adottato dal Consiglio di Amministrazione di ATM. La struttura del documento è frutto del coordinamento tra RPC, CDA e Collegio Sindacale, fornisce indicazioni in merito alle misure di prevenzione della corruzione ed ha come destinatari tutti i dipendenti, il Consiglio di Amministrazione, l'Assemblea dei Soci, il Collegio Sindacale, i fornitori ed i collaboratori di ATM S.p.A. Tutti i destinatari sono tenuti a prendere atto e ad osservare il piano che, in seguito all'approvazione degli organi competenti, viene pubblicato sul sito web istituzionale di ATM, nella sezione società trasparente, oltre che essere esposto presso le bacheche aziendali.
Attesa la natura giuridica di ATM SpA e i suoi rapporti con il Comune di Messina in ordine a:

- concessione del servizio
- visite ispettive di controlli

- gestione dei servizi erogati
- rilascio autorizzazioni alla gestione degli impianti

e tenuto conto altresì della peculiarità dei rapporti con i fornitori di beni e servizi e dei rapporti con i dipendenti e collaboratori per acquisizione e progressione del personale, sono state adottate da ATM misure generali e specifiche volte a contenere il rischio di corruzione quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- l'adozione di specifiche attività di formazione del personale;
- la predisposizione di misure di disciplina in ordine all'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- il divieto di pantouflage;
- la predisposizione di canali per la segnalazione di illeciti e la tutela del soggetto segnalante (whistleblowing).

Per l'elenco completo delle attività a rischio, la valutazione dello stesso e il suo trattamento, si rimanda a quanto previsto nel PTPCT di ATM S.p.A.

1.3 Il Responsabile prevenzione corruzione (RPC)

Compiti del RPC di ATM sono:

- la prestazione del cantico pozione della verità esecuzione nonché la sua idoneità rispetto alla realtà aziendale; la proposta di modifica al piano in caso di cambiamenti nell'organizzazione o di accertata violazione delle indicazioni fornite dal piano stesso;
- l'individuazione delle aree a rischio corruttivo in collaborazione con i responsabili dei singoli servizi e l'identificazione, per ciascuna area, degli interventi per ridurre i rischi di corruzione;
- l'attuazione delle procedure gestionali più idonee per prevenire reati corrotti;
- la definizione delle procedure per il monitoraggio delle aree dei processi a rischio, attraverso un sistema informatizzato di raccolta dati e l'esame dei risultati;
- la definizione di procedure di formazione per i dipendenti;
- la raccolta dei dati relativi agli indicatori previsti nel database del monitoraggio anticorruzione e la relativa analisi dei risultati annuali da comunicare al CDA annualmente;
- il monitoraggio dell'assenza dei conflitti di interesse e la gestione degli stessi nel caso sopravvengano;
- la presa in carico e la gestione di segnalazione di illeciti che vengano inoltrate attraverso i canali dedicati garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante;
- la redazione della relazione annuale sull'attività svolta entro i termini indicati da ANAC.

Nello svolgimento delle sue funzioni, il RPC si coordina con il Responsabile per la Trasparenza come meglio specificato appresso.

1.4 Riferimenti normativi per la Trasparenza e l'Integrità

In attuazione della delega contenuta nella Legge n. 190/2012 sopra citata, il Governo ha emanato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, si evidenzia che essa è finalizzata alla realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino (art. 1, comma 2, del Decreto).

Il quadro normativo si fonda sul D. Lgs. 25 maggio 2016 n.97 (di seguito D.Lgs. 97/2016) recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", insieme al decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175 "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica" (Tusp), come modificato dal decreto legislativo 16 giugno 2017, n.100.

Il D.lgs. 97/2016, attraverso la previsione di una maggiore trasparenza di tutte le Pubbliche Amministrazioni persegue l'obiettivo di favorire la prevenzione della corruzione, di attivare un nuovo tipo di "controllo sociale" (denominato accesso civico generalizzato), di sostenere il miglioramento delle performance, di migliorare l'"accountability" dei manager pubblici e di abilitare nuovi meccanismi di partecipazione e di collaborazione tra Pubblica Amministrazione e cittadini.

Il co. 2 dell'art.2-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, ridisegna l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza relativa all'accesso civico generalizzato e agli obblighi di pubblicazione e fissa una disciplina organica applicabile a tutte le pubbliche amministrazioni; estende questo stesso regime, "in quanto compatibile", anche ad altri soggetti, di natura pubblica (enti pubblici economici e ordini professionali) e privata (società e altri enti di diritto privato in controllo pubblico); stabilisce una diversa disciplina, meno stringente, per gli enti di diritto privato (società partecipate e altri enti) che svolgono attività di pubblico interesse.

Nella determinazione ANAC n.1134 del 08/11/2017, risulta confermata la distinzione operata tra enti di diritto privato in controllo pubblico, tenuti alla trasparenza tanto relativamente alla loro organizzazione quanto relativamente al complesso delle attività svolte, e altri enti di diritto privato, non in controllo pubblico, tenuti alla trasparenza solo relativamente alle attività di pubblico interesse svolte.

Al fine di dare attuazione alla disciplina della Trasparenza è stata inserita nella home page del sito istituzionale della Società www.atmmessinaspa.it, un'apposita sezione denominata "Società trasparente", alla quale si rimanda per approfondimenti.

E' individuato, nell'ambito della struttura organica di ATM un Responsabile per la Trasparenza il quale:

- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- segnala, nei casi più gravi, al delegato per la materia disciplinare, all'organo di indirizzo politico, all'ANAC, i casi di mancato ritardato da implemento degli obblighi di pubblicazione;
- assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;
- cura l'applicazione delle sanzioni;
- pone in essere in generale tutte le attività che gli vengono attribuite dalla normativa applicabile.

Nell'esercizio delle proprie funzioni RT si coordina con il responsabile per la prevenzione della corruzione anche ai fini di una congiunta attività di verifica e monitoraggio degli obblighi delle attività comuni.

In relazione alle singole tipologie di dati da pubblicare ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, sono altresì in corso di individuazione i Referenti per la Trasparenza, che sono responsabili in merito all'individuazione, elaborazione e aggiornamento dei singoli dati al fine di una tempestiva gestione e pubblicazione dei flussi.

2. Riferimenti normativi

I documenti richiamati di seguito sono indispensabili per l'applicazione del presente CMS/MODELLO 231. Per quanto riguarda i riferimenti datati, si applica esclusivamente l'edizione citata. Per i riferimenti non datati vale l'ultima edizione del documento a cui si fa riferimento (compresi gli aggiornamenti).

- UNI ISO 37301:2021 "Compliance Management System"
- UNI ISO 37001:2016 "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione – Requisiti e guida all'utilizzo"
- Legge 29 settembre 2000, n. 300;
- Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 e s.m.i.;
- Elenco delle fattispecie di reato presupposto della Responsabilità 231, inserito nella Tabella Reati-Sanzioni allegata al presente documento.
- DECRETO LEGISLATIVO 10 marzo 2023, n. 24 Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.
- Dlgs 81/08, art. 30 e DM 13/02/2014 (Modelli Organizzativi per la Sicurezza sul Lavoro e Procedure Semplificate)
- Linee Guida Confindustria
- Linee Guida ASSTRA;

- Linee Guida Associazioni datoriali;
- Regolamenti interni e Statuto dell'Organizzazione;
- L.n. 190/12 e PTPCT dell'Organizzazione.

3. Termini e definizioni

Ai fini del presente documento, si applicano i termini e le definizioni di cui alla ISO 37001:2021, oltre quelli di seguito riportati:

Termine	Definizione
AD	Alta Direzione – Direttore Generale
Affidabilità	Attitudine di qualcuno/qualcosa ad adempiere alla missione richiesta nelle condizioni fissate e per un periodo di tempo stabilito.
Analisi dei rischi	Attività di analisi specifica dell'organizzazione finalizzata a rilevare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati, ai sensi del D.Lgs. 231/01.
Audit del sistema di gestione	Processo di verifica sistematico, indipendente e documentato, realizzato al fine di ottenere evidenze oggettive su registrazioni, dichiarazioni di fatti o altre informazioni necessarie a determinare se il sistema di gestione è conforme alle politiche, procedure o requisiti del sistema digestione adottato dall'organizzazione.
Azione correttiva	Insieme di attività coordinate aventi lo scopo di eliminare le cause di una non conformità rilevata.
Azione preventiva	Insieme di attività coordinate aventi lo scopo di eliminare la causa di una non conformità potenziale.
Cliente/Committente	Organizzazione o persona che riceve prodotti o servizi.
Codice Etico	Insieme di diritti, doveri e responsabilità dell'organizzazione nei confronti dei soggetti terzi interessati quali dipendenti, Clienti, Fornitori, ecc. e finalizzati a promuovere, raccomandare o vietare determinati comportamenti al di là e indipendentemente da quanto previsto a livello normativo.
Conflitto di interessi	Situazione in cui gli interessi commerciali, economici, famigliari, politici o personali potrebbero interferire con il giudizio degli individui nello svolgimento delle loro funzioni per l'organizzazione.
Corruzione	Offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (economico o non economico, in maniera diretta o indiretta), violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona.
Decreto Legislativo 231/2001	Decreto legislativo 8.6.2001 n. 231 e successive modificazioni e integrazioni.
Documentazione	Qualsiasi informazione scritta, illustrata o registrata, che descriva, definisca, specifichi, documenti o certifichi attività, prescrizioni, procedure o risultati aventi attinenza con la prevenzione dei reati.
Due diligence	Processo per valutare ulteriormente la natura e l'entità del rischio di corruzione e aiutare le organizzazioni ad assumere decisioni in relazione a transazioni, progetti, attività, soci in affari e personale specifici.
Fornitore	Organizzazione o persona che fornisce un prodotto o servizio.
Funzione di conformità (Compliance Function)	La persona avente la responsabilità e l'autorità per il funzionamento del sistema di gestione della Compliance 231.

Termine	Definizione
Istruzione	Informazione documentata intesa a fornire concisamente disposizioni sulle modalità di esecuzione di una determinata attività.
Miglioramento continuo	Processo del sistema di gestione per ottenere miglioramenti della prestazione complessiva in accordo con la politica dell'organizzazione.
Modello Organizzativo	Insieme delle strutture, delle responsabilità, delle modalità di espletamento delle attività e dei protocolli/procedure adottati e attuati tramite le quali si espletano le attività caratteristiche dell'organizzazione.
Non conformità	Mancato soddisfacimento di requisiti specificati.
Organizzazione	L'Ente per come definito dal D.lgs. 231/01: Gruppo, società, azienda, impresa, ente o istituzione, ovvero loro parti o combinazioni, informa associata o meno, pubblica o privata, che abbia una propria struttura funzionale e amministrativa: nella fattispecie ATM S.p.A.
Organo di Governo o Organo direttivo	CdA
Organo di vigilanza e controllo	L'Organismo di cui all'art. 6 comma 1 lett. b) del D.lgs. 231/01.
Parte interessata *(stakeholder)*	Persona o organizzazione che può influenzare, essere influenzata o percepire sé stessa come influenzata da una decisione o un''attività.
Parte terza	Persona o ente indipendente dall'organizzazione.
Pericolo	Fonte, situazione o atto che può provocare la commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del D.lgs. 231/01 e s.m.i.
Procedura documentata	Documento che descrive le responsabilità, le attività e come queste devono essere svolte. Tale documento va predisposto, approvato, attuato e aggiornato.
Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.
Protocollo	Metodo specificato per svolgere un'attività o un processo.
PTPCT	Piano Triennale per la Corruzione e la Trasparenza.
Pubblico ufficiale	Persona che ricopre incarichi legislativi, amministrativi o giudiziari, indipendentemente che derivino da nomina, elezione o successione, o qualsiasi persona che eserciti una funzione pubblica.
Riesame	Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia a conseguire gli obiettivi prestabiliti.
Rischio	Probabilità che sia raggiunta la soglia di commissione di un reato/illecito presupposto della responsabilità amministrativa ai sensi del D.lgs. 231/01 e s.m.i.
Rischio accettabile	Rischio che può essere ridotto ad un livello che può essere tollerabile per l'organizzazione con riferimento agli obblighi di legge e a quanto espresso nel SGRA, ovvero che preveda un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non FRAUDOLENTEMENTE
RPCT	Responsabile per la Corruzione e la Trasparenza.
SGI	Acronimo che identifica il Sistema di Gestione Integrato
Sistema disciplinare (SD)	Il sistema disciplinare di cui all'art. 6 comma 2 lett. e) del D.Lgs 231/01
Socio in affari	Parte esterna con cui l'organizzazione ha o progetta di stabilire una qualsivoglia forma di relazione commerciale.
Soggetti in posizione apicale	I soggetti di cui all'art. 5 lett. a) del D.Lgs 231/01.
Soggetti sottoposti all'altrui Direzione	I soggetti di cui all'art. 5 lett. b) del D.Lgs 231/01.

4. Contesto dell'organizzazione

Fatti salvi gli opportuni approfondimenti nell'allegato "L'Organizzazione e il suo contesto" cui si rimanda integralmente, l'attività principale svolta dalla società è quella della gestione, su affidamento del Comune di Messina, socio unico, del servizio di trasporto pubblico locale. Inoltre, l'ATM, sempre sulla base di accordi con l'Amministrazione Comunale[1], gestisce i parcheggi nel territorio del Comune di Messina (ZTL, parcheggi a raso e multipiano).

ATM pertanto, quale società in house del Comune di Messina, è vincolata alle norme che regolano la partecipazione pubblica in società di diritto privato.
L'attività della Società, fin dalla sua costituzione, è stata improntata al rispetto della disciplina di riferimento per le società a partecipazione pubblica, che nasce dal diritto europeo – con le Direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE – con il preciso scopo di limitare le ipotesi di deroghe alle regole della "concorrenza per il mercato" mediante forme di affidamenti diretti per la realizzazione di opere pubbliche o la gestione di servizi pubblici.

A livello nazionale, l'istituto dell'*in house* è stato recepito con il D.lgs. n. 50/2016, così come modificato dal d.lgs. n. 56/2017 (Nuovo Codice degli Appalti) – che ha introdotto nel nostro ordinamento le menzionate direttive europee – e successivamente dal D.lgs. 175/2016, così come modificato dal D.lgs. n. 100/2017 (Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica).
Pertanto, la disciplina dettata dall'art. 5 del D.lgs. 50/2016 deve essere necessariamente coordinata con quella, avente il medesimo oggetto, posta dall'art. 16 del D.lgs. 175/2016, che in particolare si focalizza sulle modalità di realizzazione dell'assetto organizzativo del c.d. "controllo analogo", presupposto fondamentale dell'affidamento in house.
Invero, nell'ambito delle Società a partecipazione pubblica, il c.d. "controllo analogo" consente all'amministrazione affidante di effettuare un monitoraggio specifico sull'attività della controllata e si può realizzare mediante: a) la conclusione di appositi patti parasociali con durata superiore ai 5 anni, in deroga all'art. 2341-bis c.c. (2° comma lett. c); oppure b) l'indicazione nello statuto della società controllata di apposite "clausole in deroga alle disposizioni dell'articolo 2380-bis e dell'articolo 2409-novies del codice civile" che prevedono che la gestione dell'impresa spetta esclusivamente agli amministratori.

In ATM S.p.A., il controllo analogo è regolato dalle disposizioni contenute nell'art. 1 dello Statuto Sociale, con cui si effettua un generico rinvio alle norme in materia di società a responsabilità pubblica (previste dal D.lgs. 175/2016), nonché con la specificazione contenuta nell'art. 23 con cui si prevede espressamente che

[1] Contratto dei servizi per il trasporto pubblico locale su gomma e rotaia e per la gestione dei parcheggi e della sosta a pagamento nel territorio del comune di messina

l'amministrazione della Società è indirizzata a garantire l'effettivo esercizio del "controllo analogo" da parte del Socio Pubblico.

Infatti, al Socio pubblico sono attribuiti poteri di controllo più incisivi rispetto a quelli ordinari attribuiti dal diritto societario all'organo assembleare, che gli consentono di esercitare nei confronti della ATM S.p.A. un controllo strategico, gestionale, economico e finanziario analogo a quello svolto sui propri uffici e servizi.

4.1 Comprendere l'Organizzazione e il suo contesto

Nell'effettuazione dell'Analisi dei Rischi e dell'implementazione del CMS/MODELLO 231, l'Organizzazione ha individuato e tenuto in considerazione i fattori interni ed esterni che sono rilevanti per il suo scopo e che influiscono sulla sua capacità di raggiungere gli obiettivi del Sistema. In particolare, sono stati tenuti in considerazione i seguenti fattori:

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

I fattori sopraccitati trovano il loro riscontro e la conseguente ponderazione dei rischi valutati nell'allegato *"Evaluation sheet",* cui si rimanda.

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

ATM SpA è consapevole che regolare i rapporti con gli stakeholder, nell'ambito del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa, in maniera efficace ed organizzata può:

- condurre ad uno sviluppo dell'azienda più equo e sostenibile dando a chi ha il diritto di essere ascoltato l'opportunità di essere coinvolto nei processi decisionali;
- permettere una migliore gestione del rischio e accrescere la reputazione;
- tenere conto dell'insieme delle risorse (conoscenza, persone, disponibilità economica e tecnologica) per risolvere problemi e raggiungere obiettivi che non possono essere perseguiti dalle singole organizzazioni;
- permettere la comprensione dell'ambiente in cui opera l'impresa, compresi gli sviluppi del mercato e l'identificazione di nuove opportunità strategiche;

- consentire alle imprese di imparare dagli stakeholder, ottenendo risultati nei prodotti e miglioramenti nei processi;
- informare, educare e influenzare i portatori di interessi e l'ambiente esterno perché migliorino i loro processi decisionali e le azioni che hanno un impatto sull'impresa e sulla società;
- costruire la fiducia tra un'impresa e i suoi stakeholder.

Pertanto, considerato l'effetto degli stakeholder, anche solo potenziale, sulla capacità dell'organizzazione di fornire con regolarità servizi che soddisfino i requisiti del committente e quelli cogenti applicabili, ATM S.p.A. ha determinato le modalità per individuare

a) i rapporti giuridici con soggetti da considerare rilevanti nell'ambito del sistema di gestione per la responsabilità amministrativa e le loro aspettative;
b) le qualità che accomunano i soggetti rilevanti per il sistema di gestione per la responsabilità amministrativa;

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

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

L'organizzazione, ha raggruppato i propri stakeholder interni nei seguenti gruppi omogenei:

- **Socio unico (Comune di Messina)**
- **Persone dell'organizzazione (dirigenti, il personale, le delegazioni sindacali e i rappresentanti della sicurezza, i consulenti con funzioni di responsabilità).**

L'organizzazione, ha raggruppato i propri stakeholder esterni nei seguenti gruppi omogenei:

- **Organi di controllo;**
- **Ulteriori committenti;**
- **Utenti;**
- **Fornitori di beni e servizi**;
- **Istituti di credito ed enti finanziatori;**
- **Comunità locale, Istituzioni in genere e organi di stampa**;
- **Associazioni di categoria.**

L'organizzazione monitora e riesamina le informazioni che riguardano tali parti interessate e i loro requisiti rilevanti e ne riporta le risultanze dell'analisi nel documento "Esigenze degli Stakeholder", allegato al presente manuale.
Inoltre, nell'Evaluation Sheet, viene valutato un parametro di rischio correlato agli stakeholder, sulla base dei seguenti criteri:

- 3=Le esigenze ed il coinvolgimento degli stakeholder sono stabiliti formalmente
- 2=Le esigenze ed il coinvolgimento degli stakeholder non sono dichiarati formalmente, ma sono pubblicamente noti
- 1=Le esigenze ed il coinvolgimento degli stakeholder sono marginali

4.3 Scopo e campo di applicazione del CMS/MODELLO 231

Il presente CMS/MODELLO 231 viene applicato tenendo in considerazione:

a) I fattori interni ed esterni di cui al paragrafo 4.1;
b) i requisiti delle parti interessate di cui al paragrafo 4.2;
c) gli obblighi di compliance di cui al paragrafo 4.5;
d) i risultati della valutazione dei rischi di cui al paragrafo 4.6.

Alla luce di quanto sopra, ATM S.p.A. ha stabilito che il proprio CMS/MODELLO 231 avrà lo scopo di prevenire la commissione dei reati presupposto della responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/01 o attività strumentali al compimento degli stessi e sarà applicato a tutti i processi aziendali. Le attività costituenti i vari processi aziendali, all'esito delle interviste realizzate con i responsabili di ogni processo, sono state rappresentate, ai fini dell'Analisi dei Rischi 231, nei seguenti Macro-Processi/Aree di Attività omogenee:

- rapporti istituzionali
- rapporti con enti previdenziali e assistenziali

- rapporti con enti pubblici o incaricati di pubblico servizio in ordine a tematiche ambientali e salute e sicurezza sul luogo di lavoro
- gestione delle visite ispettive (ae, gdf etc)
- gestione delle visite ispettive (ustif - autorità di vigilanza trasporti)
- gestione dei rapporti con gli enti certificatori privati o con altri soggetti terzi privati che attestano la qualita' dei processi / servizi della societa
- gestione dei rapporti con altri enti privati rilevanti (in particolare, banche, assicurazioni e mass media)
- concessioni/licenze amministrative/autorizzazioni/accreditamenti
- partecipazione a gare e procedure negoziate pubbliche e private
- gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale
- gestione degli adempimenti fiscali e tributari
- gestione del processo amministrativo e contabile
- operazioni sul capitale, conferimenti e sottoscrizione di azioni e altre operazioni straordinarie
- predisposizione e approvazione del bilancio d'esercizio
- approvvigionamento di materiali, servizi di manutenzione e subappalti
- gestione dei rapporti con consulenti e partners
- richiesta di contributi, sovvenzioni o finanziamenti
- sponsorizzazioni, sovvenzioni, contributi, sussidi, donazioni, ausili finanziari e liberalita' in genere
- gestione delle note spese e delle spese di rappresentanza
- gestione del sistema informativo
- gestione del personale
- sistema di gestione della sicurezza sul lavoro
- sistema di gestione ambientale
- erogazione del servizio di tpl
- attivita' commerciali
- servizi alla mobilita'

4.4 CMS/Modello 231

Il CMS/MODELLO 231 è costituito da questo Manuale e dagli ulteriori documenti ed allegati ivi richiamati e contiene misure volte a identificare e valutare **il rischio di "*non-compliance*" con la finalità di prevenire, rilevare e rispondere a comportamenti che possano comportare (o anche solo contribuire al) compimento dei reati presupposto della responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/01**, anche se si è consapevoli che non è possibile eliminare completamente qualunque tipologia di rischio. Più in particolare,

l'attività di predisposizione del MODELLO e di conseguente creazione di strumenti idonei ad impedire che si verifichino effetti pregiudizievoli per l'Ente, è stata così articolata:

1. analisi della struttura societaria, mediante interviste ai responsabili dei processi aziendali ed all'analisi della documentazione da essi fornita e pubblicata sul portale "Amministrazione Trasparente";
2. individuazione dei processi/attività a rischio e dei soggetti dalle cui condotte costituenti reato potrebbe derivare la responsabilità dell'Ente;
3. individuazione – previo esame delle attività in concreto svolte dalla società – dei reati presupposto verificabili e delle possibili modalità di commissione;
4. verifica dell'idoneità deiprotocolli (Regolamenti, Procedure, Ordini di Servizio) e di un sistema di pregnanti controlli (prevedendone la realizzazione ad-hoc ove non ce ne fossero già di esistenti o fossero inadeguati) deputati alla formazione ed attuazione delle decisioni dell'organizzazione nelle c.d. aree a rischio;
5. mappatura ed analisi dei rischi e misure conseguenti;
6. verifica (ed eventuale realizzazione ad-hoc, ove non ce ne fosse già uno esistente o fosse inadeguato) di un sistema sanzionatorio da applicare in caso di mancato rispetto delle disposizioni contenute nel modello da parte di: un dipendente, un lavoratore autonomo, un fornitore o altri soggetti aventi comunque rapporti contrattuali con la società;
7. istituzione di un organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del modello e di curarne
8. previsione di audit e monitoraggi per verificare l'efficace attuazione, l'aggiornamento ed il miglioramento continuo;
9. creazione di un adeguato sistema di flussi informativi, con pedissequa previsione di obblighi di informazione a favore e nei confronti dell'Organismo di Vigilanza, che garantisca a quest'ultimo lo svolgimento dei propri compiti e la supervisione sul funzionamento ed osservanza del modello;
10. verifica dell'adeguatezza del Codice Etico (ed eventuale realizzazione ad-hoc, ove non ce ne fosse già uno esistente o fosse inadeguato) e suo coordinamento con codici ulteriori esistenti (es .Carta dei Servizi, PTPCT, ecc.);
11. previsione di un programma di formazione e addestramento dei destinatari delle disposizioni contenute nel modello;
12. previsione di un piano di comunicazione e predisposizione di clausole contrattuali ad-hoc nei riguardi dei terzi.

4.5 Obblighi di Compliance

In funzione dello Scopo e Campo di Applicazione del presente CMS/MODELLO 231 determinato al paragrafo 4.3, l'organizzazione ha identificato gli "Obblighi di Compliance 231" che derivano dalle proprie attività, prodotti

e servizi, valutando il relativo impatto sulle proprie attività operative. A tal scopo, nell'***Evaluation Sheet*** sono indicati gli obblighi di compliance 231 correlati, che derivano dalle norme di riferimento ai reati presupposto della Responsabilità Amministrativa 231.

L'organizzazione ha, inoltre, attribuito al Responsabile Compliance, con la collaborazione dell'Ufficio Affari Legali, la responsabilità di:

a) identificare obblighi di compliance 231 nuovi o modificati per assicurare la compliance 231 su base continuativa;

b) valutare l'impatto dei cambiamenti identificati e attuare ogni necessaria modifica nella gestione delle attività e della documentazione aziendale, eventualmente assegnando ulteriori responsabilità operative.

L'organizzazione mantiene informazioni documentate circa le fonti di aggiornamento dei propri obblighi di compliance (evidenza di abbonamenti a banche dati, riviste, newsletter) anche tramite il documento elettronico ***"Controllo Esigenza Adeguamento Conformità"*** utilizzabile per il riepilogo, monitoraggio e la gestione di eventuali novità legislative e/o regolamentari e/o inerenti gli obblighi di compliance in genere da recepire nel CMS/MODELLO 231 e che possono avere impatti anche sui contenuti e struttura dello stesso.

4.6 Valutazione del rischio compliance

L'organizzazione ha effettuato e riesamina periodicamente una valutazione del rischio compliance 231 che:

a) identifica i rischi di compliance 231 che l'organizzazione può ragionevolmente prevedere rappresentandoli come "Scenari di Rischio Reati 231";

b) analizza e valuta i sopraccitati rischi, stabilendo un indice di priorità;

c) valuta l'adeguatezza e l'efficacia dei controlli esistenti per mitigare i rischi di compliance 231 valutati.

Gli esiti della valutazione sono riportati nell'allegato denominato **"Evaluation Sheet".** E' un foglio elettronico nel quale vengono analizzati nel dettaglio gli "Scenari di Rischio Reato 231" sopraccitati, individuando, per ogni Macro-Processo/Area di Attività omogenea, le attività a rischio e le ipotetiche modalità di commissione di attività costituenti direttamente reati o indirettamente strumentali alla commissione.

L'Evaluation Sheet contiene al proprio interno le istruzioni per la compilazione, al fine di conseguire i seguenti step:

1. DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DEGLI SCENARI DI RISCHIO REATO 231

In riferimento ad uno specifico Macro-Processo/Area di Attività omogenee aziendale (definiti nello Scopo e Campo di Applicazione del CMS/Modello 231 descritto al paragrafo 4.3), vengono identificati gli "Scenari di Rischio 231", ovvero l'insieme di attività, correlate a specifiche transazioni, processi, soci in affari o personale che possono potenzialmente dar luogo a comportamenti criminosi. Viene specificato, nella descrizione delle

ipotetiche modalità di commissione del reato, se trattasi di atti diretti al compimento di un reato o indiretti, ovvero scenari non configuranti direttamente un reato 231, ma che descrivono azioni strumentali a crearne i presupposti. Vengono riportati anche gli eventuali riferimenti documentali dove sono riportate le informazioni utili alla valutazione ed all'adempimento delle attività aziendali in compliance con leggi e regolamenti vigenti.

2. INDICAZIONE DEI REATI PRESUPPOSTO E/O DEGLI OBBLIGHI DI COMPLIANCE IN GENERE

In riferimento agli "Scenari" in analisi vengono "flaggati" i Reati Presupposto 231 ipotizzabili o gli ulteriori obblighi di compliance eventualmente assunti. Alla fine della compilazione dello stesso Evaluation Sheet, per tutti gli Scenari ipotizzati, leggendo i valori alla base di ogni colonna associata ad ogni reato presupposto, sarà possibile avere una valutazione ponderata del livello di rischio compliance 231 correlato allo specifico reato presupposto o all'ulteriore obbligo di compliance. Utilizzando i filtri automatici di Excel, sarà possibile avere una rappresentazione degli scenari di rischio correlabili ad ogni singola Area di Reato.

3. RISCHIO PER POSIZIONE IN ORGANIGRAMMA

In riferimento agli "Scenari" in analisi, si attribuiscono le responsabilità correlate al Macro-Processo/Area di Attività omogenea in analisi, individuando i Process Owner, le persone con deleghe specifiche ed i collaboratori senza delega, in un ordine decrescente di Rischio, per come indicato nell'Evaluation Sheet e sulla base dell'Organigramma aziendale vigente. Alla fine della compilazione dello stesso Evaluation Sheet, per tutti i Macro-Processi/Aree di Attività omogenee e gli Scenari ipotizzati, leggendo i valori alla base di ogni colonna associata ad ogni figura in organigramma, sarà possibile avere una valutazione ponderata del livello di rischio reato/compliance correlato alla specifica figura. Utilizzando i filtri automatici di Excel, sarà possibile avere una rappresentazione degli scenari di rischio correlabili ad ogni singola funzione aziendale.

4. RISCHIO CORRELATO AL CONTESTO, AI SOCI IN AFFARI ED AGLI STAKEHOLDER (INERENTE)

Il Rischio Inerente viene valutato in base alla potenzialità di accadimento degli Scenari in analisi, in riferimento al Contesto in cui l'organizzazione opera, ai Soci in Affari ed agli Stakeholder con cui si relaziona.

Sono così stati individuati dei parametri di valutazione e per ognuno di essi è stata stabilità una scala di valori da poter attribuire, per come indicato nell'Evaluation Sheet.

È possibile così, stabilire per ogni Scenario dei valori "parziali" del rischio correlati al Contesto ed ai rapporti con Soci in Affari e Stakeholder. Questi valori parziali (che costituiscono i fattori del Rischio Inerente) andranno a concorrere alla valutazione finale del Rischio (Rischio Residuo), per come di seguito indicato.

5. STANDARD DI CONTROLLO E FATTORE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

Il rischio potenziale (Rischio Inerente) che uno Scenario si compia è, comunque, mitigato dall'effettivo Sistema di Controllo Interno esistente. Sono stati stabiliti degli Standard di Controllo con i quali rappresentare le performance del Sistema di Controllo Interno, descrivendo sinteticamente gli standard di controllo attuati e le eventuali carenze, avendo anche stabilito una scala di valori, mitiganti o confermanti il livello di rischio, da associare ad ogni standard codificato, per come indicato nell'Evaluation Sheet. Il prodotto del valore attribuito ai singoli standard di controllo costituirà un "Fattore di mitigazione o conferma" del livello di Rischio Inerente.

6. VALUTAZIONE E PONDERAZIONE DEL RISCHIO FINALE (RISCHIO RESIDUO)

Dal prodotto dei valori di Rischio Inerente "parziali" (correlati a Contesto, Soci in Affari e Stakeholder) e del Fattore di Mitigazione/Amplificazione (correlato agli Standard di Controllo) si ottiene il rischio finale (VR - Rischio Residuo), ovvero il valore finale del rischio a cui fare riferimento per la Prioritizzazione delle successive attività di risposta al rischio.

Sono, inoltre, riportati eventuali eventi del passato, codificati nell'Evaluation Sheet, che possono costituire delle "Red Flags", di cui si dovrà tenere conto, a parità di VR, nel definire le priorità d'intervento.

7. RISPOSTA E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Facendo seguito alla valutazione del Rischio Residuo per i vari Scenari di Rischio, l'organizzazione definisce le Risposte al Rischio Necessarie e le attività pratiche necessarie per realizzarle (inclusa eventuale informazione e formazione), indicando i Protocolli (Procedure/Regolamenti/Ordini di servizio/ecc.) o altri documenti esistenti da prendere a riferimento (ed eventualmente, integrare o realizzare ex-novo), definendo anche le tempistiche e le responsabilità di realizzazione. Una volta eseguite con successo le sopraccitate attività, si registrerà la data di attuazione.

8. MONITORAGGI E CONTROLLI

Per finire, per i vari Scenari di Rischio analizzati, si definiscono i Flussi Informativi periodici che l'Organismo di Vigilanza 231 (e/o anche la Funzione Compliance, se designata) dovrà ricevere periodicamente o "ad evento", indicando anche se tali flussi informativi sono già reperibili all'interno dell'organizzazione o se occorre realizzarli ex-novo.

Gli esiti della valutazione dei rischi di cui all'Evaluation Sheet, con gli opportuni filtri per mansione, sono utilizzati per la realizzazione del "Prontuario dei Mansionari 231" allegato al presente Manuale e per la pianificazione delle attività di formazione dei dirigenti, del personale, dei soci in affari e degli stakeholder di rischio maggiore (quelli per i quali le esigenze ed il coinvolgimento sono stabiliti formalmente).

La valutazione del rischio di compliance 231 è riesaminata:

a) su base regolare in occasione del Riesame della Direzione, in modo che i cambiamenti e le nuove informazioni possono essere adeguatamente valutati;

b) in caso di un cambiamento significativo della struttura, strategia o attività dell'organizzazione;

c) in occasione dell'introduzione di nuove fattispecie di reato presupposto della responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/01 e, in generale, della revisione/ampliamento degli obblighi di compliance

d) in occasione di cambiamenti esterni significativi, quali circostanze economico-finanziarie, condizioni di mercato, responsabilità legali e relazioni con i clienti, procedimenti giudiziari;

e) in occasione di fusioni e acquisizioni;

f) al verificarsi di *non-compliance* (anche un singolo incidente di *non-compliance* può costituire un cambiamento sostanziale nelle circostanze) e "quasi incidenti" (near-misses).

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

5. Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Organo di Governo e Alta Direzione

L'Organo Direttivo e l'Alta Direzione dimostrano leadership e impegno nel rispetto del CMS/MODELLO 231:

a) approvando il Codice Etico (corrispondete alla Politica di Compliance), garantendone la compatibilità con la strategia dell'organizzazione, mediante azioni continuative e periodiche di comunicazione e monitoraggio, delle quali si conservano idonee registrazioni;

b) garantendo l'integrazione dei requisiti del CMS/MODELLO 231 nei processi dell'organizzazione, come si può evincere dalle specifiche di processo;

c) garantendo che le risorse appropriate necessarie per il funzionamento efficace del CMS/MODELLO 231 vengano adeguatamente ripartite ed assegnate, come si può evincere dalla pianta organica;

d) comunicando internamente ed esternamente il Codice Etico tramite la diffusione su intranet e internet;

e) richiedendo e riesaminando ad intervalli pianificati, informazioni sul contenuto e il funzionamento del CMS/MODELLO 231 dell'organizzazione, anche tramite il Responsabile Compliance e l'Organismo di Vigilanza, come riportato nel Piano dei Flussi Informativi riportato nell'Analisi dei Rischi (EVALUATION SHEET);

f) esercitando una ragionevole vigilanza sull'attuazione del CMS/MODELLO 231 dell'organizzazione, mediante le azioni di monitoraggio dei flussi informativi, ottenute anche tramite la Responsabile Compliance l'Organismo di Vigilanza e le risultanze delle attività di audit e riesame.

g) assicurando che il CMS/MODELLO 231 sia stabilito, attuato, mantenuto e riesaminato così da poter affrontare adeguatamente i rischi di compliance dell'organizzazione;

h) garantendo che il CMS/MODELLO 231 venga opportunamente progettato per raggiungere i suoi obiettivi, come specificato nel Riesame;

i) dirigendo e sostenendo il personale per contribuire all'efficace attuazione del CMS/MODELLO 231;

j) promuovendo il miglioramento continuo, anche stimolando ogni stakeholder a fornire il proprio contributo, mediante appositi canali di comunicazione riportati sul sito web dell'organizzazione;

k) sostenendo i responsabili di funzione per dimostrare la loro leadership nel prevenire e individuare il "rischio di compliance" nell'ambito delle loro aree di responsabilità, promuovendo il loro aggiornamento e stimolandoli ad organizzare momenti di condivisione con le funzioni controllate;

l) assicurando che sia mantenuto l'impegno verso la compliance e che le *non-compliance* e relativi comportamenti siano trattati in modo appropriato, inclusa l'attuazione di un adeguato Sistema Disciplinare;

m) incoraggiando l'uso di procedure di segnalazione di atti corruttivi sospetti o effettivi (vedi paragrafo 8.3);

n) garantendo che nessun membro del personale possa subire ritorsioni, discriminazione o azioni disciplinari per segnalazioni fatte in buona fede, o sulla base di una ragionevole convinzione di violazione, anche solo sospetta, della Politica dell'organizzazione o per aver rifiutato di impegnarsi in attività illecite, anche se tale rifiuto può comportare perdite aziendali (a meno che l'individuo abbia partecipato alla violazione);

o) designando il Responsabile Compliance ai fini del presente CMS/Modello 231 (rif. Par. 5.3.2)

5.1.2 Cultura della compliance

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

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

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

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

5.1.3 Governance della compliance

L'organo di governo e l'alta direzione assicurano che siano attuati i seguenti principi:

- accesso diretto all'organo di governo da parte del Responsabile Compliance, tramite una linea diretta di reporting all'organismo di governo, l'emissione di

- rapporti periodici all'organismo di governo e la partecipazione ad alcune riunioni di quest'ultimo;
- indipendenza della figura del Responsabile Compliance, non essendole state conferite ulteriori ruoli operativi;
- appropriate autorità e competenza del Responsabile Compliance, avendola posta in staff all'organo di governo ed avendone comunicato a tutti i livelli il proprio ruolo, la propria indipendenza e la posizione in staff all'organo di governo.

5.2 Codice Etico (Politica per la compliance)

L'Organo di Governo e l'Alta Direzione hanno stabilito, mantengono e riesaminano periodicamente il *Codice Etico (coincidente con la "Politica per la Compliance" richiesta dalla norma ISO)* che:

a) È appropriato alle finalità dell'organizzazione ed allineato ai suoi valori, obiettivi e strategie;

b) fornisce un quadro per l'impostazione, la revisione e il raggiungimento degli obiettivi di compliance;

c) richiede il rispetto dei requisiti del CMS/MODELLO 231 ed in special modo degli obblighi di compliance che sono applicabili all'organizzazione;

d) è appropriato agli scopi dell'organizzazione;

e) supporta i principi di governance della compliance in conformità al par. 5.1.3;

f) incoraggia le segnalazioni in buona fede, o sulla base di una ragionevole convinzione di fiducia, senza paura di rappresaglie;

g) include un impegno al miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231;

h) fa riferimento, descrive e ne spiega l'autorità e l'indipendenza dell'OdV;

i) spiega le conseguenze della mancata conformità agli obblighi, politiche, processi e procedure/protocolli relativi alla Compliance, inclusa l'attuazione di un apposito Sistema Disciplinare;

j) è diffuso ad ogni livello.

Il Codice Etico è disponibile come informazione documentata:

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

5.3 Ruoli, responsabilità ed autorità

5.3.1 Organo di Governo e Alta Direzione

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

A tal fine, l'Azienda ha stabilito un Organigramma, che forma parte integrante del CMS/MODELLO 231.

I manager ed i responsabili di funzione in genere a tutti i livelli sono responsabili affinchè i requisiti del CMS/MODELLO 231 vengano applicati e rispettati nelle aree di competenza e devono effettuare report periodici all'Alta Direzione.

L'Organo Direttivo, l'Alta Direzione e tutti gli altri membri del personale sono responsabili della comprensione, rispetto e applicazione dei requisiti del CMS/MODELLO 231, per quanto di competenza del proprio ruolo nell'organizzazione e per garantire quanto sopra l'organizzazione stabilisce un apposito "Piano di comunicazione della Compliance 231".

La violazione di qualsiasi regola del presente CMS/MODELLO 231 disposta per prevenire il rischio della Responsabilità Amministrativa è soggetta all'applicazione del Sistema Disciplinare adottato dall'organizzazione.

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

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

5.3.2 Responsabile Compliance

L'Organo di Governo, può istituire un Responsabile Compliance ai fini del presente CMS/Modello 231, al fine di gestire il "rischio compliance 231" e conciliare le disposizioni dei diversi sistemi di gestione adottati dalla società.

Al Responsabile Compliance sono attribuiti i seguenti poteri e responsabilità:

a) facilitare l'identificazione degli obblighi di compliance;

b) documentare il processo di valutazione dei rischi di compliance (rif. Par. 4.6);

c) allineare il CMS/MODELLO 231 agli obiettivi per la compliance;

d) monitorare e misurare le prestazioni relative alla compliance;

e) analizzare e valutare le prestazioni del CMS/MODELLO 231 per identificare ogni esigenza di azioni correttive;

f) stabilire un reporting relativo alla compliance ed un sistema documentale;

g) assicurare che il *CMS/MODELLO 231* sia riesaminato a intervalli pianificati (rif. Parr. 9.2 e 9.3);

h) stabilire un sistema per far emergere preoccupazioni/segnalazioni e assicurare che quest'ultime siano affrontate.

i) supervisionare l'attuazione a tutti i livelli dell'organizzazione del CMS/MODELLO 231;

j) fornire consulenza, orientamento e formazione per il personale sul CMS/MODELLO 231 e sulle questioni relative alla compliance in generale;

k) assicurare che il CMS/MODELLO 231 sia conforme ai requisiti delle norme di riferimento;

l) riferire sulle prestazioni del CMS/MODELLO 231 all'Organo Direttivo ed all'Alta Direzione, stabilendo appositi indicatori di prestazione.

Il Responsabile Compliance è dotato di risorse adeguate ed è stata assegnata a persona che ha la competenza necessaria per eseguire l'incarico, lo status, l'autorità e l'indipendenza. Ha accesso diretto e rapido all'Organo Direttivo ed all'Alta Direzione nel caso in cui qualsiasi problema o preoccupazione sia sollevata in relazione alla compliance o al CMS/MODELLO 231.

Ha inoltre accesso:

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

5.3.3 Manager/Responsabili di funzione

L'organizzazione formalizza i ruoli e le funzioni dei soggetti coinvolti nei processi aziendali, ottenendo così, in maniera indiretta, una definizione dell'ampiezza e dei limiti delle responsabilità individuali.

La definizione delle responsabilità può essere attuata direttamente dall'Organo di Governo e/o dall'Alta Direzione, mediante un **sistema formale di deleghe,** che cristallizza l'attribuzione di specifiche responsabilità al management e responsabili di funzione dell'organizzazione inerenti le decisioni in relazione alle quali sono associati Scenari a rischio di compliance, nella quale l'organizzazione ha stabilito e mantiene un processo

decisionale e un insieme di controlli che garantiscono che il processo di decisione ed il livello di autorità del decisore siano appropriati e privi di conflitti reali o potenziali di interesse. L'Alta Direzione assicura che questi processi siano riesaminati periodicamente in attuazione del proprio ruolo e responsabilità per l'attuazione e il rispetto del CMS/MODELLO 231.

In definitiva, il management ed i responsabili di funzione sono responsabili in riferimento alla compliance nell'ambito delle proprie aree di responsabilità:

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

5.3.4 Personale

Tutto il personale è a conoscenza che deve:

- aderire agli obblighi, politiche, processi e procedure relativi alla compliance dell'organizzazione;
- riferire preoccupazioni, questioni e malfunzionamenti relativi alla compliance, consapevoli della riservatezza e tutela che spetta per Legge ai segnalanti ed alle sanzioni previste per chi non garantisce tali riservatezza e tutela;
- partecipare alla formazione, come richiesto.

5.3.5 Organismo di Vigilanza

L'Organo di Governo individua e designa un Organismo di Vigilanza (OdV) ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/01, dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, al quale ha affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del CMS/MODELLO 231 e di verificarne il costante aggiornamento e adeguamento, sulla base dell'evoluzione della legislazione, oltre che sulla base dell'evoluzione dell'organizzazione stessa.

Requisiti e poteri dell'OdV

L'Organismo di Vigilanza e Controllo:

a) è dotato dei requisisti di autonomia e indipendenza;

b) possiede adeguata professionalità, anche in materia di organizzazione aziendale e di audit;

c) è stato dotato di risorse adeguate, incluso un budget approvato annualmente dall'Organo di Governo (ed ampliabile a richiesta dell'OdV stesso) per richiedere tutte le spese necessarie per assolvere alle proprie funzioni;

d) garantisce continuità di azione;

e) può colloquiare alla pari con tutti i livelli dell'organizzazione (senza vincoli di subordinazione gerarchica che possano condizionare l'autonomia di giudizio);

f) può richiedere ed acquisire informazioni da e verso ogni livello e settore dell'organizzazione;

g) ha potere di accertamento dei comportamenti e può proporre all'Alta Direzione e/o all'Organo di Governo l'entità di eventuali sanzioni a carico dei soggetti che non hanno rispettato le prescrizioni contenute nel modello organizzativo;

h) è destinatario di flussi informativi obbligatori (vedi paragrafo 9.1.2);

i) può pianificare e condurre in autonomia attività di audit sul CMS/MODELLO 231.

È garantita l'assenza di:

i) relazioni di parentela, coniugio o affinità entro il sesto grado con componenti dell'Alta Direzione, dell'Organo di Governo, sindaci e revisori incaricati dalla società di revisione, nonché soggetti apicali dell'organizzazione a qualsiasi titolo;

ii) titolarità, diretta o indiretta, di partecipazioni di entità tale da permettere di esercitare una influenza dominante o notevole sull'organizzazione;

iii) funzioni di amministrazione con deleghe esecutive presso l'organizzazione;

iv) rapporto di pubblico impiego presso amministrazioni centrali o locali nei tre anni precedenti alla nomina quale membro dell'OdV;

v) sentenza di condanna anche non passata in giudicato, ovvero provvedimento che comunque ne accerti la responsabilità in Italia o all'estero, per i delitti richiamati dal DLgs 231/2001 e s.m.i., o delitti ad essi assimilabili;

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

Compiti dell'OdV

Le attività che l'Organismo è chiamato ad assolvere, anche sulla base delle indicazioni contenute negli artt. 6 e 7 del D. Lgs. n. 231/01, possono così schematizzarsi:

1. vigilanza sull'effettività del CMS/MODELLO 231, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti concreti ed il modello istituito;
2. disamina in merito all'adeguatezza del CMS/MODELLO 231, ossia della sua reale (e non meramente formale) capacità di prevenire, in linea di massima, i comportamenti non voluti;
3. analisi circa il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del CMS/MODELLO 231;
4. cura che avvenga il necessario aggiornamento in senso dinamico del CMS/MODELLO 231, nell'ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni ed adeguamenti. Tale cura, di norma, si realizza in due momenti distinti ed integrati:
    a. presentazione di proposte di adeguamento del CMS/MODELLO 231 verso gli organi/funzioni aziendali in grado di dare loro concreta attuazione nel tessuto aziendale. A seconda della tipologia e della portata degli interventi, le proposte saranno dirette verso le varie funzioni o, in taluni casi di particolare rilevanza, verso l'Organo di Governo;
    b. follow-up, ossia verifica dell'attuazione e dell'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.

Le modalità operative per l'attuazione di quanto sopra sono riportate in uno "Statuto dell'OdV", approvato dall'Organo di Governo.

Inoltre, considerata la stretta connessione tra le misure adottate ai sensi del d.lgs. n. 231 del 2001 e quelle previste dalla legge n. 190 del 2012, le funzioni del RPCT sono svolte in costante e stretto coordinamento con quelle dell'OdV

Nell'ambito del Piano, l'OdV ha in particolare il compito di:

- partecipare al processo di gestione del rischio considerando i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- raccordarsi con il RPCT nei casi nei quali ritenga che vi siano attività di vigilanza, anche potenzialmente, rilevanti ai fini della normativa anticorruzione e trasparenza;
- raccordarsi con il RPCT nei casi in cui ritenga che l'evento critico di cui sia venuto a conoscenza sia rilevante non solo ai fini del Modello di Organizzazione e gestione ex D. Lgs. 231 ma anche del PTPCT.

Statuto e Regolamento dell'OdV

L'Organo di Governo approva uno Statuto dell'Organismo di Vigilanza che, oltre a prevedere le modalità attuative di quanto sopra definito, prevede:

a) la durata in carica dell'OdV e le regole relative alla eventuale rieleggibilità, oltre che le ipotesi tassative di revoca;

b) l'enunciazione dei criteri che hanno formato la scelta dell'OdV (in particolare, l'evidenza del possesso dei requisiti di professionalità, onorabilità ed indipendenza);

c) la previsione di predisposizione e trasmissione all'organo governo stesso di una relazione periodica sull'attività svolta;

d) in relazione all' impiego di risorse da parte dell'OdV: il ricorso a funzioni interne dell'organizzazione, nonché a consulenti esterni;

e) in relazione alla potenziale situazione di conflitto di interessi con l'organizzazione, in cui possa trovarsi un membro dell'OdV, la comunicazione all'Organo di Governo e ad eventuali altri organi di controllo (se necessario) della situazione di potenziale o attuale conflitto di interessi, con riferimento ad una operazione a rischio o categoria di operazioni a rischio.

6. Pianificazione

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

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

a) dare la ragionevole certezza che il CMS/MODELLO 231 possa raggiungere i suoi obiettivi;

b) prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati rilevanti per la Politica e gli Obiettivi di Compliance;

c) controllare l'efficacia del CMS/MODELLO 231;

d) ottenere un miglioramento continuo.

L'organizzazione ha pianificato:

- le azioni per affrontare i rischi di compliance *analizzati nei vari Scenari di Rischio* e le opportunità di miglioramento;

- i principi di comportamento generali e/o specifici a cui deve attenersi ogni persona che operi per conto dell'organizzazione, che non siano già riportati in documenti aziendali in vigore, indicati nell'allegato *"Protocolli 231"*;

- e come:

  - integrare e attuare tali azioni e principi nei propri processi del CMS/MODELLO 231;

  - valutare l'efficacia di quanto sopra.

Quanto sopra è reso evidente tramite i documenti denominati "EVALUATION SHEET" e *"Protocolli 231"* e analizzato in sede di Riesame della Direzione.

6.2 Obiettivi per la compliance e pianificazione per il loro raggiungimento

L'organizzazione stabilisce annualmente ed aggiorna gli obiettivi di miglioramento del CMS/MODELLO 231*, documentandoli nell'allegato denominato "Evaluation Sheet", nel campo "Risposta al Rischio" e nel Riesame della Direzione*.

Gli obiettivi del CMS/MODELLO 231:

a) sono coerenti con il Codice Etico;

b) sono misurabili *(almeno a livello qualitativo);*

c) tengono conto dei fattori applicabili di cui al paragrafo 4.1, dei requisiti di cui al paragrafo 4.2, degli obblighi di compliance di cui al paragrafo 4.5 e dei rischi di compliance individuati al paragrafo 4.6;

d) sono praticamente realizzabili;

e) possono essere monitorati;

f) sono comunicati ai livelli competenti;

g) sono opportunamente aggiornati, *secondo le scadenze indicate nell'"Evaluation Sheet", nel campo "Risposta al Rischio" e nel Riesame della Direzione*.

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

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

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

6.3 Pianificazione delle modifiche

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

L'organizzazione prende in considerazione:

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

7. Supporto

7.1 Risorse

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

In particolare, si rimanda all'Organigramma.

7.2 Competenza

7.2.1 Generalità

L'organizzazione:

a) determina le competenze necessaria delle persone che lavorano sotto il proprio controllo e che influenza le prestazioni del CMS/MODELLO 231;

b) garantisce che tali persone siano competenti sulla base di un'adeguata istruzione, formazione o esperienza;

c) dove si rende necessario, intraprende azioni per acquisire e mantenere le competenze necessarie, e valutare l'efficacia delle azioni intraprese;

d) mantiene informazioni documentate appropriate come prova delle competenze.

7.2.2 Processo di impiego

In relazione a tutto il personale, l'organizzazione attua processi tali che:

a) le condizioni di assunzione richiedono che il personale rispetti il Codice Etico ed il CMS/MODELLO 231, e danno all'organizzazione il diritto di comminare sanzioni disciplinari in caso di violazioni (si veda il Sistema Disciplinare);

b) preventivamente all'avviamento al lavoro, il personale neo-assunto riceve una copia del Codice Etico e riceve formazione documentata;

c) l'organizzazione dispone di un *Sistema Disciplinare* che gli consente di prendere azioni disciplinari nei confronti del personale che viola il Codice Etico o il CMS/MODELLO 231;

d) il personale non subisca ritorsioni, discriminazione o azioni disciplinari (per esempio con minacce, isolamento, abbassamento di livello, limitazione di carriera, trasferimento, licenziamento, bullismo, vittimizzazione o altre forme di molestie) per:

1) il rifiuto di partecipare o respingere qualsiasi attività per la quale si sia ragionevolmente giudicato che vi sia un rischio di compliance 231 che non sia stato mitigato dalla dell'organizzazione; o

2) aver sollevato sospetti o effettuato segnalazioni in buona fede e/o sulla base di una convinzione ragionevole, di atti di non-compliance tentati, effettivi o presunti o della violazione del Codice Etico o del CMS/MODELLO 231 (a meno che l'individuo abbia egli stesso partecipato alla violazione).

In relazione a tutte le funzioni che sono esposte ad un rischio di compliance, per come stabilito nella valutazione del rischio di compliance 231 (vedi paragrafo 4.6), e per il Responsabile Compliance, l'organizzazione attua delle procedure che prevedono che:

a) una due diligence venga condotta sulle persone prima di essere assunte, sul personale prima di essere trasferito o promosso dall'organizzazione, per accertare, per quanto ragionevolmente possibile, che sia opportuna l'assunzione o la riassegnazione (es. assenza di conflitti di interessi e/o divieti di legge) e che sussistano motivi validi per ritenere che essi si conformeranno al Codice Etico ed ai requisiti del CMS/MODELLO 231;

b) i premi di risultato, gli obiettivi di performance e altri elementi incentivanti di remunerazione siano rivisti periodicamente per verificare che vi siano ragionevoli garanzie per impedire che costituiscano incentivi alla non-compliance;

c) il Management, nonché l'Organo Direttivo, l'Alta Direzione e il Responsabile Compliance, rilascino una dichiarazione ad intervalli ragionevolmente proporzionati con il rischio di compliance 231 individuato, con la quale sottoscrivano la loro volontà di conformità con il Codice Etico.

7.2.3 Formazione

L'organizzazione fa opportune campagne di sensibilizzazione e fornisce regolarmente adeguata e appropriata formazione sulla compliance al personale. Tale formazione affronta le seguenti questioni, a seconda dei casi, tenendo conto dei risultati della valutazione dei rischi di compliance (vedi paragrafo 4.6):

a) Codice Etico, procedure (protocolli) dell'organizzazione e del CMS/MODELLO 231 e l'obbligo di doverle rispettare;

b) il rischio di compliance 231 e il danno all'organizzazione che può derivare dalla non-compliance;

c) le circostanze in cui la non-compliance può verificarsi in relazione ai loro compiti, e come riconoscere tali circostanze;

d) come riconoscere e rispondere alle sollecitazioni di non-compliance;

e) come si può aiutare a prevenire ed evitare la non-compliance e riconoscere i principali indicatori di rischio di non-compliance;

f) il contributo che ognuno può dare all'efficacia del CMS/MODELLO 231, compresi i benefici circa il miglioramento delle prestazioni di compliance e le segnalazioni di sospetta non-compliance;

g) le implicazioni e le conseguenze potenziali delle non conformità e/o non-compliance ai requisiti del CMS/MODELLO 231;

h) come e a chi comunicare eventuali problemi (vedi paragrafo 8.3);

i) informazioni su tutte le ulteriori attività formative e su altre risorse disponibili.

Le attività di sensibilizzazione e formazione al personale sono fornite su base regolare e ad intervalli pianificati a seconda dei ruoli, dei rischi di compliance a cui sono esposti e di tutte le circostanze ragionevolmente prevedibili. I programmi di sensibilizzazione e formazione sono analizzati periodicamente ed aggiornati (se necessario) in occasione del Riesame della Direzione e/o per riflettere eventuali aggiornamenti pertinenti.

Tenendo conto dei rischi di compliance individuati (vedi paragrafo 4.6), l'organizzazione attua anche delle attività di sensibilizzazione e formazione per i soci in affari che agiscono per suo conto o a suo vantaggio e che potrebbero rappresentare un rischio di non-compliance per l'organizzazione stessa.

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

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

7.3 Consapevolezza

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

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

7.4 Comunicazione

L'organizzazione determina periodicamente le comunicazioni interne ed esterne relative al CMS/MODELLO 231 tramite un “Piano di comunicazione della compliance” e le relative registrazioni, stabilendo tra l’altro:

a) ciò che comunica;

b) quando comunicare;

c) con chi comunicare;

d) come comunicare;

e) chi comunica;

f) le lingue in cui comunicare.

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

- considera aspetti di diversità e potenziali barriere in termini di esigenze di comunicazione;
- assicura che, nella definizione dei propri processi di comunicazione, siano considerati i punti di vista delle parti interessate;
- nella definizione dei propri processi di comunicazione:
    - include una comunicazione relativa alla propria cultura, obiettivi e obblighi di compliance;
    - assicura che le informazioni relative alla compliance da comunicare siano coerenti con le informazioni generate nell'ambito del CMS/MODELLO 231 e che esse siano affidabili;
- risponde a comunicazioni rilevanti circa il *CMS/MODELLO 231*;
- conserva informazioni documentate come evidenza delle proprie comunicazioni, per quanto appropriato;
- comunica al proprio interno informazioni rilevanti per il CMS/MODELLO 231 tra i vari livelli e funzioni dell'organizzazione, comprese le modifiche al CMS/MODELLO 231, per quanto appropriato;
- assicura che i propri processi di comunicazione consentano al personale di contribuire al miglioramento continuo del *CMS/MODELLO 231*;
- assicura che i propri processi di comunicazione consentano al personale di far emergere preoccupazioni, tramite opportune segnalazioni (rif. Par. 8.3);
- comunica verso l'esterno informazioni rilevanti per CMS/MODELLO 231, come stabilito dai processi di comunicazione dell'organizzazione, includendo comunicazioni circa la propria cultura, i propri obiettivi e obblighi di compliance;

- stabilisce i flussi informativi verso il Responsabile Compliance e l'Organo di Governo, oltre che verso l'Organismo di Vigilanza.

Il Codice Etico è reso disponibile a tutto il personale dell'organizzazione, oltre che ai soci in affari che rappresentano un rischio di compliance 231 ed è pubblicato attraverso tutti i canali di comunicazione interni ed esterni dell'organizzazione, incluso il sito web, a seconda dei casi (si veda il "Piano di comunicazione della compliance" e le relative registrazioni).

7.4.1 Flussi informativi verso l'OdV

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

Le informazioni suddette sono stabilite, di concerto con l'OdV, nell'ambito dei vari processi e mansioni, oltre le ulteriori indicate dallo Statuto dell'OdV ed in un "Piano dei Flussi Informativi verso l'OdV" e riguardano:

a) le risultanze periodiche delle attività (soprattutto quelle ad alto rischio), inclusa quelle di controllo, poste in essere per dare attuazione al CMS/MODELLO 231 (report riepilogativi dell'attività svolta, attività di monitoraggio, indici consuntivi, ecc.);

b) le anomalie o atipicità riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili (un fatto non rilevante se singolarmente considerato, potrebbe assumere diversa valutazione in presenza di ripetitività o estensione dell'area di accadimento);

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

Si rimanda al "Piano dei flussi informativi verso l'OdV" per il dettaglio degli stessi flussi, inclusi i processi di riferimento, i mittenti dei flussi e la periodicità di invio.

Ogni flusso verso l'OdV deve essere registrato dall'OdV stesso nel "Registro – Controllo Flussi OdV", gestito in autonomia dall'OdV.

7.4.2 Rapporti tra l'OdV e gli organi societari

L'OdV deve effettuare una riunione con l'Organo di Governo, l'Alta Direzione e/o eventuali Soggetti Revisori con cadenza almeno semestrale e, comunque, ogni qual volta se ne presenti la necessità e/o l'opportunità.

Delle riunioni sopraccitate devono redigersi appositi verbali, conservati a cura dell'OdV.

Dai suddetti verbali devono risultare:

- i nomi dei presenti;

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

I verbali devono essere sottoscritti dagli intervenuti.

L'OdV, inoltre, consegna all'Organo di Governo una propria Relazione Periodica Annuale (rif. Par. 9.1.4).

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

Il CMS/MODELLO 231 dell'organizzazione comprende:

a) tutte le informazioni documentate previste dalle norme di riferimento, oltre quelle obbligatorie correlate agli obblighi di compliance;

b) tutti i dati documentati e le registrazioni citati nel presente Manuale e nei documenti richiamati ed altri ritenuti dall'organizzazione necessari per l'efficacia del CMS/MODELLO 231.

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

7.5.2 Creazione e aggiornamento

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

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

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

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

Le informazioni documentate richieste dal CMS/MODELLO 231 e dalla Norma ISO 37301 sono controllate per garantire:

a) che siano disponibili e adatte per l'uso, dove e quando è necessario;

b) siano adeguatamente protette (ad esempio, da perdita di riservatezza, uso improprio, o perdita di integrità).

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

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

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

8. Attività operative

8.1 Pianificazione e controllo operativo

L'organizzazione, tramite quanto descritto nel presente documento e nell'Allegato "Protocolli 231", oltre che nei campi "Risposta al Rischio" dell'Evaluation Sheet, pianifica, implementa, riesamina e controlla i propri processi, in special modo quelli necessari per soddisfare i requisiti del CMS/MODELLO 231 (indicati al paragrafo 4.3) e attua le azioni determinate al paragrafo 6.1:

a) stabilendo e documentando i criteri per ognuno dei processi;

b) attuando il controllo dei processi in conformità con i criteri;

c) mantenendo informazioni documentate nella misura necessaria ad avere la fiducia che i processi siano stati effettuati come previsto.

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

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

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

In seno al "Regolamento Costituzione e gestione Albo degli Operatori Economici per l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture" sono stati definiti i criteri per la selezione, la valutazione e la ri-valutazione dei fornitori e dei subappaltatori, inclusi, ove appropriati, i controlli circa l'affidabilità tecnico-finanziaria, la moralità professionale e l'eventuale inclusione nelle liste internazionali dei soggetti legati, direttamente ed indirettamente, al terrorismo e/o alla malavita organizzata. Sono mantenute informazioni documentate dei risultati delle valutazioni e delle eventuali azioni necessarie risultanti dalla valutazione.

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

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

- servizi di fornitori esterni sono destinati ad essere incorporati nei servizi dell'organizzazione;
- servizi sono forniti direttamente al cliente da fornitori/subappaltatori esterni, per conto dell'organizzazione;

- un processo, o una sua parte, viene fornito da un fornitore o un subappaltatore esterno, quale esito di una decisione dell'organizzazione.

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

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

L'organizzazione conserva informazioni documentate circa i servizi che le vengono erogati servizi. Tali informazioni comprendono:

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

d) la riferibilità alla persona autorizzata al rilascio.

8.2 Controlli e procedure

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

L'organizzazione ha, quindi, individuato e riportato nell'ambito dei Macro-processi/Aree di Attività omogenee aziendali, tramite quanto descritto nel presente documento e nell'Allegato "Protocolli 231" (per quanto non già previsto nei regolamenti aziendali in vigore), oltre che nei campi "Risposta al Rischio" dell'Evaluation Sheet, le operazioni ed attività che sono associate con l'identificazione dei pericoli per i quali è necessario applicare le misure di controllo per governare i rischi, ai sensi di quanto emerso dalla valutazione dei rischi di cui al paragrafo 4.6. Ciò include, dove applicabile, la gestione dei cambiamenti.

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

a) controlli operativi, nella misura applicabile all'organizzazione ed alle sue attività;

b) criteri operativi, per governare le situazioni in cui l'assenza di queste potrebbe portare difformità rispetto alla Politica e agli Obiettivi del CMS/MODELLO 231;

8.3 Segnalazioni (far emergere le preoccupazioni)

L'organizzazione:

a) incoraggia e consente alle persone di segnalare in buona fede o in base ad una ragionevole convinzione la tentata, sospetta o effettiva azione illecita, o qualsiasi violazione o carenza del

CMS/MODELLO 231, nonché del PTPCT rivolgendosi al RPCT e/o alle persone specificate in un'apposita procedura aziendale, se non coinvolti (direttamente o tramite un soggetto terzo);

b) ad eccezione di un procedimento richiesto per procedere ad un'indagine, gestisce i rapporti in modo confidenziale, in modo da proteggere l'identità del segnalatore e di altre persone coinvolte o a cui si fa riferimento nel report di segnalazione;

c) vieta ritorsioni e protegge coloro che fanno segnalazioni in buona fede, o sulla base di una convinzione ragionevole, di una tentata, sospetta o effettiva azione corruttiva o una violazione del Codice Etico, del CMS/MODELLO 231 o del PTPCT;

d) consente al personale di ricevere consigli da una persona appropriata su cosa fare di fronte a un problema o una situazione che potrebbe rappresentare un atto corruttivo.

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

Per attuare quanto sopra ha attivato una piattaforma di segnalazione raggiungibile al seguente URL: https://atmmessinaspa.whistleblowing.it/#/.

La violazione dei principi sopra illustrati e di quelli riportati in generale nella legislazione vigente comporterà l'applicazione delle procedure e delle eventuali sanzioni previste dal Sistema Disciplinare.

8.4 Processi di indagine

L'organizzazione, ove non espressamente vietato dalle leggi locali in certe giurisdizioni:

a) prevede una valutazione e, quando è il caso, un'indagine di qualsiasi atto illecito o violazione del Codice Etico o del CMS/MODELLO 231, che venga segnalato, rilevato o che sia anche solo ragionevolmente sospetto;

b) prevede azioni appropriate nel caso in cui l'indagine riveli qualsivoglia atto illecito o violazione del Codice Etico o del CMS/MODELLO 231;

c) dà potere e capacità d'azione agli investigatori;

d) richiede una cooperazione nelle indagini da parte del personale pertinente;

e) richiede che lo stato dei risultati delle indagini siano riferiti all'OdV, al Responsabile Compliance, all'Alta Direzione ed all'Organo di Governo e ad altre funzioni, a seconda dei casi;

f) richiede che l'indagine venga condotta in modo confidenziale e che i risultati delle indagini siano confidenziali.

9. Valutazione delle prestazioni

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1 Generalità

L'organizzazione, in attuazione della propria Politica/Codice Etico, valuta le prestazioni di compliance e l'efficacia e l'efficienza del CMS/MODELLO 231 e a tal fine, nell'ambito della Valutazione del Rischio di cui al punto 4.6 (si veda allegato "EVALUATION SHEET") e nei "Flussi Informativi verso l'OdV", ha stabilito:

a) ciò che deve essere monitorato e/o misurato;

b) chi è il responsabile per il monitoraggio;

c) i metodi per il monitoraggio, la misurazione, l'analisi e la valutazione, a seconda del caso, al fine di garantire risultati validi;

d) quando devono essere eseguiti il monitoraggio e la misurazione;

e) quando i risultati del monitoraggio e la misurazione devono essere analizzati e valutati;

f) a chi e come devono essere riportate tali informazioni.

L'organizzazione conserva le informazioni documentate delle attività sopraccitate.

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

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

In particolare, nell'ambito della Valutazione dei Rischi di cui al paragrafo 4.6, ha stabilito i flussi informativi verso il Responsabile Compliance e l'Organismo di Vigilanza (per quest'ultimo organo si rimanda al paragrafo 7.4.1).

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

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

- Audit interni.

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

9.1.3 Reporting relativo alla Compliance

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

a) siano definiti appropriati criteri per il reporting;

b) siano stabilite delle scadenze per un reporting su base regolare;

c) sia attuato un sistema di reporting delle eccezioni che faciliti un reporting ad hoc;

d) siano attuati sistemi e processi per assicurare l'accuratezza e la completezza delle informazioni;

e) siano fornite informazioni accurate e complete alle funzioni o aree appropriate dell'organizzazione per consentire che siano prese azioni preventive, correttive e di rimedio in modo tempestivo.

Nella Valutazione dei Rischi di cui al punto 4.6 sono definiti i flussi informativi verso il Responsabile Compliance e l'OdV.

Al paragrafo 7.4.2 e nello Statuto dell'OdV sono definiti gli obblighi di reporting di questo organismo verso gli altri organi.

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

9.1.4 Conservazione delle registrazioni

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

9.2 Audit interni

9.2.1 Generalità

L'organizzazione conduce audit interni (con i criteri della Norma ISO 19011) ad intervalli pianificati per fornire informazioni circa il fatto che il CMS/MODELLO 231:

a) è conforme:

   1) alle esigenze dell'organizzazione per il proprio CMS/MODELLO 231;

   2) ai requisiti delle norme di riferimento e del D.Lgs. 231/01;

b) è efficacemente attuato e mantenuto.

9.2.2 Programma degli audit interni

L'organizzazione:

a) ha stabilito, attua e mantiene un Programma di Audit annuale, stabilendo la frequenza, i metodi, le responsabilità, i requisiti di pianificazione e reporting, avendo preso in considerazione l'importanza dei processi interessati ed i risultati degli audit precedenti;

b) definisce i criteri di audit ed il campo di applicazione di ogni audit;

c) seleziona auditors competenti e conduce gli audit al fin di garantire l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit;

d) assicura che i risultati degli audit siano riportati ai manager di competenza, al Responsabile Compliance, all'OdV, all'Alta Direzione ed all'Organo Direttivo;

e) conserva le informazioni documentate come prova dell'attuazione del Programma di Audit e dei risultati dei singoli audit.

9.2.3 Scopo degli audit

Gli audit devono essere ragionevoli, proporzionati e basati sul rischio effettivo. Tali audit sono costituiti da processi che riesaminano le procedure ed i controlli inerenti:

a) la non-compliance o sospetta non-compliance;

b) la violazione del Codice Etico o dei requisiti del CMS/MODELLO 231;

c) l'omessa osservanza da parte dei soci in affari dei requisiti dell'organizzazione applicabili per la compliance;

d) i punti deboli e le opportunità di miglioramento del CMS/MODELLO 231.

9.2.4 Obiettività ed imparzialità degli audit

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

a) una funzione indipendente o personale appositamente assegnato a tale processo; o

b) il Responsabile Compliance (a meno che il campo di applicazione dell'audit comprenda una valutazione del CMS/MODELLO 231 stesso o un'attività per la quale il Responsabile Compliance è coinvolta/responsabile); o

c) una persona appropriata da un dipartimento o una funzione diversa da quella sottoposta ad audit; o

d) l'OdV; o

e) un ulteriore soggetto terzo; o

f) un gruppo comprendente persone di cui ai punti precedenti.

9.2.5 Audit dell'OdV

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

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

9.3 Riesame di direzione

9.3.1 Generalità

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

9.3.2 Input al riesame di direzione

Il riesame tiene conto:

a) dello stato delle azioni derivanti da precedenti riesami;

b) dei cambiamenti degli aspetti interni ed esterni, delle esigenze degli stakeholder e degli obiettivi di compliance che sono rilevanti per il CMS/MODELLO 231;

c) delle informazioni contenute nella Relazione periodica del Responsabile Compliance sulle prestazioni del CMS/MODELLO 231, incluso l'andamento:

    1) delle non conformità e/o non-compliance e delle azioni correttive;

2) dei risultati di monitoraggio e valutazione;

3) dei risultati degli audit;

4) delle segnalazioni di non-compliance;

5) dei risultati delle indagini;

6) della natura ed entità dei rischi di compliance che deve affrontare l'organizzazione;

c) dell'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi di compliance;

d) delle opportunità per il miglioramento continuo del CMS/MODELLO 231,

e) delle Relazioni Periodiche dell'OdV e/o di ogni altra comunicazione/report dallo stesso pervenuta.

Il riesame di direzione tiene in considerazione:

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

9.3.3 Risultati del riesame di direzione

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

Una sintesi dei risultati del Riesame viene presentata all'OdV.

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

9.3.4 Relazione del Responsabile Compliance

Il Responsabile Compliance valuta in modo continuo se il CMS/MODELLO 231 è:

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

Il Responsabile Compliance relaziona ad intervalli pianificati, o quando lo ritenga necessario, all'Organo Direttivo, all'Alta Direzione e all'OdV (o a Commissioni specificatamente delegate), sull'adeguatezza e l'attuazione del CMS/MODELLO 231, inclusi i risultati delle indagini e degli audit.

9.3.5 Relazione Periodica dell'OdV

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

10. Miglioramento

10.1 Miglioramento continuo

L'organizzazione migliora continuamente l'idoneità, adeguatezza e l'efficacia del CMS/MODELLO 231, definendo idonei Obiettivi misurabili (almeno a livello qualitativo) e relativi Programmi di attuazione. Si rimanda ai campi “Risposta al Rischio” dell’Evaluation Sheet ed al Riesame della Direzione.

10.2 Non conformità e azioni correttive

Quando si verifica una non conformità[2] o una non-compliance[3], l'organizzazione:

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

Le azioni correttive devono essere appropriate agli effetti delle non conformità e/o non-compliance riscontrate. L’organizzazione conserva le informazioni documentate come prova:

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

[2] Non conformità (non conformity): Mancato soddisfacimento di un requisito (Una non conformità non è necessariamente una non compliance

[3] Non compliance (non compliance): non soddisfacimento di obblighi di compliance .