



**ASMT Tortona S.p.A.**

<http://www.asmt.it>

---

DOCUMENTO	<b>MANUALE DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE D.LGS. 231/01</b>
ID	MMOG-32-03
RIFERIMENTI	Sistema di Gestione
REVISIONE	Rev. 01 del 01/12/2021

---

## CONTROLLO DEL DOCUMENTO

TABELLA DI CONTROLLO DELLE REVISIONI		
REVISIONE	DATA	CAUSALE
00	26/11/2019	Prima emissione a seguito pianificazione sistema di gestione integrato
01	01/12/2021	Aggiornamento a seguito di variazioni societarie; Aggiornamento del capitolo 5.3.5 Referente del MOG ; Aggiornamento capitolo 8.9 Segnalazione di sospetti (Whistleblowing).

TABELLA DI CONTROLLO DELL'EMISSIONE	
REDAZIONE	Responsabile Servizi di Gestione Integrata 
VERIFICA	Direttore Generale 
APPROVAZIONE	Presidente del CdA 

TABELLA DI CONTROLLO DELL'AGGIORNAMENTO E DELLA STAMPA
<p>Il Modello Organizzativo costituisce, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 6 comma 1, lettera a), D.Lgs. 231/01, atto di emanazione dell'Amministrazione, che ne cura l'aggiornamento nelle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modifiche nel D.Lgs. 231/01 o nella normativa di riferimento;</li> <li>• modifiche dell'organizzazione delle attività e processi interni della Società;</li> <li>• notizie di mancato rispetto delle regole di prevenzione;</li> <li>• notizie di procedimenti per un reato riconducibile al novero dei "reati presupposto".</li> <li>• suggerimenti dalle funzioni interne o spinte al miglioramento organizzativo.</li> </ul> <p>Le procedure ed i documenti operativi richiamati dal Modello sono modificati a cura delle funzioni aziendali competenti secondo le regole previste dalle procedure interne sulla gestione della documentazione. L'ultima versione di questo documento può essere scaricata dai destinatari autorizzati, mediante le modalità descritte nella procedura PQ-01 (messa a disposizione dalla holding), tramite il sistema di gestione documentale aziendale. La copia cartacea, denominata COPIA MASTER, viene custodita dal Responsabile del Sistema di Gestione Integrato e corrisponde all'ultimo stato di revisione; la versione elettronica del documento in stato di approvazione, salvata nel sistema di gestione documentale, segue le regole descritte nella procedura PQ-01 . La stampa di questo documento deve essere limitata allo stretto indispensabile.</p>

TABELLA DI CONTROLLO DELLA CLASSIFICAZIONE DEL DOCUMENTO
<p>Questo documento è classificato come <b>"RISERVATO"</b>.</p> <p>Se ricevete questo documento in errore, siete pregati di notificarlo immediatamente al Responsabile del Sistema di Gestione. Qualsiasi comunicazione e diffusione di questo documento non autorizzata è proibita.</p>

# SOMMARIO

<b>0.INTRODUZIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 GENERALITA' .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 RELAZIONI CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 MOG PARTE GENERALE E PARTE SPECIALE.....</b>	<b>6</b>
<b>2.NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>7</b>
<b>3.TERMINI E DEFINIZIONI .....</b>	<b>7</b>
<b>4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO .....</b>	<b>8</b>
4.2 COMPRENDERE LE NECESSITA' E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE .....	9
4.2.1 ASPETTATIVE DEGLI STAKEHOLDERS INERENTI IL MOG .....	9
4.2.2 REQUISITI APPLICABILI AL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE ...	10
4.3 DESTINATARI DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE.....	11
4.4 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE.....	11
4.4.1 APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO.....	11
4.4.2 APPROCCIO PER PROCESSI .....	12
<b>5.LEADERSHIP .....</b>	<b>13</b>
5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO .....	13
5.2 CODICE ETICO .....	14
5.3 RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA' NELL'ORGANIZZAZIONE.....	15
<b>5.3.1 GENERALITA'.....</b>	<b>15</b>
5.3.2 GOVERNANCE E SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO.....	15
5.3.3 ORGANISMO DI VIGILANZA.....	15
5.3.2 SISTEMA ORGANIZZATIVO .....	16
5.3.3 RESPONSABILE DEL MOG .....	16
<b>6. PIANIFICAZIONE .....</b>	<b>17</b>
6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITA' .....	17
<b>6.2 OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DEI REATI .....</b>	<b>18</b>
<b>7.SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL MOG.....</b>	<b>19</b>
7.1 RISORSE.....	19
7.2 COMPETENZE .....	19
7.2.1 GENERALITA' .....	19
7.2.2 PROCESSO DI ASSUNZIONE .....	20
7.2.3 SISTEMA PREMIANTE .....	20
7.2.4 SISTEMA DISCIPLINARE .....	20

7.2.5 OSSERVANZA DEL CODICE ETICO E DEL MOG .....	20
7.3 CONSAPEVOLEZZA .....	20
7.4 COMUNICAZIONE.....	21
7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE.....	22
<b>7.5.1 GENERALITA'</b> .....	22
<b>7.5.2 CREAZIONE E AGGIORNAMENTO</b> .....	23
<b>7.5.3 CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE</b> .....	23
<b>8. ATTIVITA' OPERATIVE .....</b>	<b>23</b>
8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI.....	23
8.2 DUE DILIGENCE .....	24
8.3 CONTROLLI OPERATIVI FINANZIARI .....	24
8.4 CONTROLLI OPERATIVI NON FINANZIARI .....	24
8.4.1 GENERALITA'.....	24
8.4.2 CONTROLLI ORGANIZZATIVI.....	24
8.4.2 CONTROLLI IT.....	25
8.4.3 CONTROLLI FISICO AMBIENTALI .....	25
8.5 CONTROLLI OPERATIVI SUI BUSINESS PARTNERS.....	25
8.5.1 FORNITORI .....	25
8.5.2 COLLABORATORI ESTERNI.....	25
8.6 IMPEGNO PER LA PREVENZIONE DA PARTE DI BUSINESS PARTNERS .....	25
8.7 REGALI, OSPITALITA', DONAZIONI E SIMILI BENEFICI.....	26
8.7.1 IN ENTRATA .....	26
8.7.2 IN USCITA.....	26
8.8 GESTIONE DELL'INADEGUATEZZA DEI CONTROLLI OPERATIVI .....	26
8.9 SEGNALAZIONE DI SOSPETTI (WHISTLEBLOWING).....	26
8.10 INDAGINI INTERNE .....	27
8.11 SISTEMA DISCIPLINARE .....	28
<b>9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....</b>	<b>28</b>
9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E STIMA .....	28
9.2 AUDIT INTERNI.....	29
9.3 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE.....	30
9.4 RIESAME DA PARTE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA.....	30
<b>10. MIGLIORAMENTO DEL MOG .....</b>	<b>30</b>
10.1 NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE .....	30
10.2 MIGLIORAMENTO CONTINUO .....	31

## 0.INTRODUZIONE

Il Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 "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 settembre 2000, n. 300" (di seguito: d.lgs. 231/01) stabilisce che l'ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

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

L'ente non risponde se ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione (MOG) idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

ASMT Tortona S.p.A. (di seguito: Azienda), in funzione di quanto sopra riportato, ha adottato un Modello di Organizzazione e Gestione al fine di prevenire la commissione dei reati richiamati dal D.lgs. 231/01.

## 1.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### 1.1 GENERALITA'

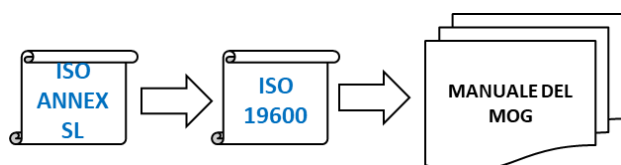
Il presente documento rappresenta il Manuale del Modello di Organizzazione e Gestione adottato dall'Azienda. Il Manuale del MOG descrive struttura e logica di funzionamento del Modello di Organizzazione e Gestione.

### 1.2 RELAZIONI CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE

Il Modello di Organizzazione e Gestione costituisce a sua volta parte del più generale Sistema di Gestione aziendale che integra diversi e specifici sistemi di gestione.

Il Manuale del Modello di Organizzazione e Gestione è stato strutturato facendo riferimento allo standard ISO 19600 recante linee guida per la gestione della compliance.

Figura 1 – Struttura del Manuale del MOG



Questo al fine di rendere il MOG più facilmente integrabile con gli altri sistemi di gestione adottati dall'Azienda, sistemi di gestione utilizzati per prevenire specifici reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01.

### 1.3 MOG PARTE GENERALE E PARTE SPECIALE

Nel rispetto di una prassi ormai consolidata, per quanto priva di riscontro normativo con riferimento ai requisiti del d.lgs. 231/01, il Modello di Organizzazione e Gestione adottato dall'Azienda si articola in una parte generale ed in una parte speciale.

La parte generale è costituita dal presente Manuale dove è riportata la descrizione del MOG così come pianificato dall'Azienda per il perseguimento dei fini precedentemente descritti secondo quanto previsto dallo stesso D.lgs. 231/01.

La parte speciale è costituita dall'insieme di tutti quei documenti richiamati dal presente Manuale e che sono finalizzati ad assicurare la corretta e sistematica applicazione operativa del MOG in ottica di prevenzione dei reati presupposto richiamati dal D.lgs. 231/01.

Parte integrante della parte generale del MOG sono considerati i seguenti documenti:

- MMOG-32-03 Manuale del modello organizzativo;
- PGOV-32-00 Piano della Governance (di gruppo);
- POA-32-00 Piano Organizzativo Aziendale (di gruppo);
- CE-32-03 Codice Etico.

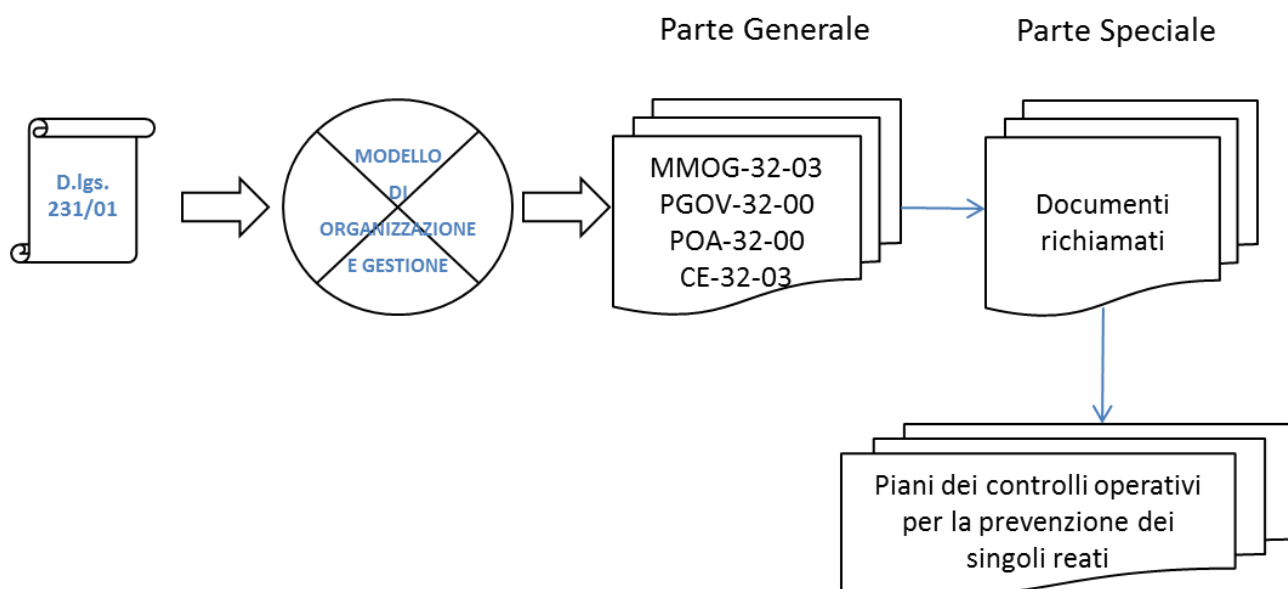
Parte integrante della parte speciale, sono considerati i documenti restanti citati nel Manuale del Modello di Organizzazione e Gestione, elencati di seguito:

ID	TITOLO
CD-32-00	CODICE DISCIPLINARE
PTR-32-03	RAI - PIANO DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO REATI D.LGS.231/01
PM-32-03	RAI - PIANO DI MONITORAGGIO 231/01
RRISK-32-03	RAI - REGISTRO VALUTAZIONE RISCHI 231/01
RMON-32-03	RAI - REGISTRO DEI MONITORAGGI 231/01
ROV-32-03	REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA
SOV-32-03	STATUTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

I soprariportati documenti sono stati redatti in funzione della prevenzione dei reati in materia di delitti informatici, reati di ricettazione, riciclaggio, impiego di danaro beni o utilità di provenienza illecita nonché autoriciclaggio e reati ambientali.

I processi sensibili e le relative aree di pertinenza, inerenti la commissione dei reati previsti dal D.Lgs. 231/01, vengono individuati e descritti da specifiche procedure.

Figura 2 – MOG parte generale e parte speciale



## 2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente documento è stato predisposto facendo riferimento ai requisiti di seguito elencati:

- D.lgs. 8 giugno 2001 n. 231 “Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell’art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300”.
- L. 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- Standard ISO 19600:2014 “Compliance Management Systems –guidelines”.

## 3. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta la definizione degli acronimi utilizzati nel presente documento:

- MOG: acronimo di Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del D.lgs. 231/01;
- MMOG: acronimo di Manuale descrittivo del MOG adottato;
- ODV: acronimo di Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs. 231/01;

Si riporta la definizione dei termini utilizzati nel presente documento:

- Modello di organizzazione Gestione e Controllo: sistema di autodisciplina aziendale adottato dalla Società, la cui applicazione è sottoposta al controllo di un Organismo di Vigilanza;
- Organizzazione: insieme di persone e mezzi, con definite responsabilità, autorità e interrelazioni (ISO 9000, p.to 3.3.1);
- Struttura organizzativa: insieme di responsabilità, autorità e interrelazioni tra persone (ISO 9000, p.to 3.3.2);

- Processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita (ISO 9000, p.to 3.4.1);
- Organismo di Vigilanza: organismo costituito in forma collegiale, dotato di autonomia e indipendenza rispetto agli organi di gestione della Società, e preposto a vigilare in ordine all'efficacia e all'osservanza del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo;
- Politica: orientamento formalizzato dalla direzione aziendale in merito a specifiche aree o tematiche gestionali;
- Procedura: modo specificato per svolgere un'attività o un processo (ISO 9000, p.to 3.4.5);
- Modulo: documento utilizzato per registrare i dati richiesti dal sistema di gestione per la qualità. Nota, un modulo diventa una registrazione quando sono inseriti i dati (UNI 10999. p.to 3.2);
- Gestione del Rischio (Risk Management): attività coordinate per dirigere e controllare un'organizzazione relativamente al rischio (ISO 31000, p.to 2.2);
- Piano di Gestione del Rischio: schema che specifica l'approccio, i componenti della gestione e le risorse che devono essere applicate alla gestione del rischio (ISO 31000, p.to 2.8);
- Processo di gestione del rischio: applicazione sistematica di politiche, procedure e prassi alle attività di comunicazione, consultazione, definizione del contesto, identificazione, analisi, stima, trattamento, monitoraggio e riesame del rischio (ISO 31000, p.to 2.10);
- Rischio: effetto dell'incertezza sugli obiettivi (ISO 31000, p.to 2.1);
- Trattamento del rischio: processo per modificare il rischio (ISO 31000, p.to 2.27);
- Controllo: misura che modifica il rischio (ISO 31000, p.to 2.28);
- Rischio residuo: rischio che rimane dopo il trattamento del rischio (ISO 31000, p.to 2.29);

## **4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE**

### **4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO**

L'Azienda ha come missione strategica l'erogazione dei seguenti servizi di pubblica utilità:

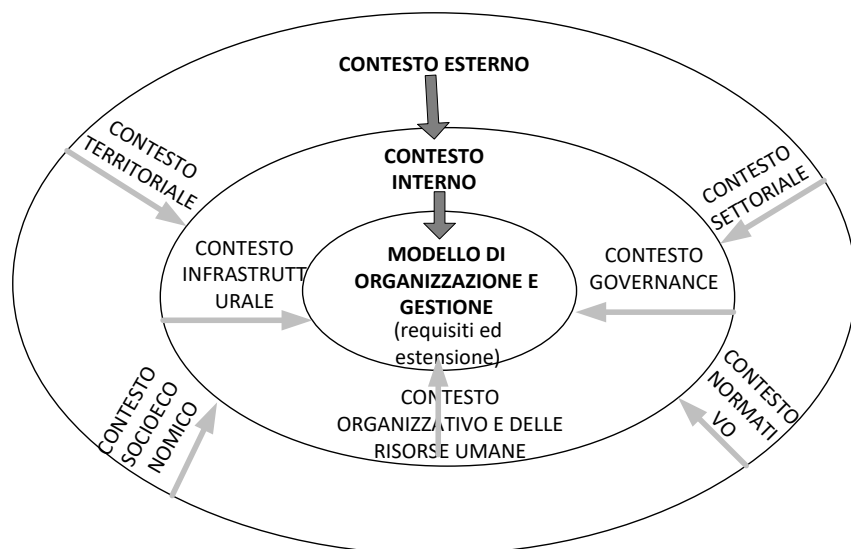
1. Servizio di ristorazione scolastica.

L'Azienda opera nel contesto territoriale di Tortona (Alessandria) ed è controllata da ASM Voghera S.p.A. e partecipata dal Comune di Tortona e Comuni limitrofi.

In funzione della missione strategica assegnata, l'Azienda caratterizza il proprio contesto di riferimento sia a fattori esterni che a fattori interni.



Figura 3 – contesto di riferimento e determinazione del modello di organizzazione e gestione.



La valutazione del contesto aziendale di riferimento, svolta in sede di valutazione del rischio, costituisce quindi anche la fonte dei principali rischi di commissione dei reati presupposto previsti dal d.lgs. 231/01 (la valutazione del contesto di riferimento è riportata nel documento “Manuale di Gestione del Rischio, documento a cui si rimanda).

## 4.2 COMPRENDERE LE NECESSITA' E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

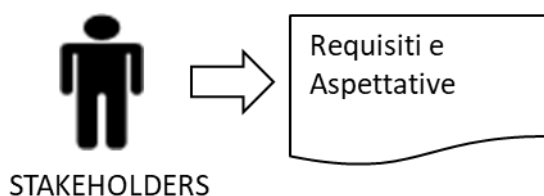
### 4.2.1 ASPETTATIVE DEGLI STAKEHOLDERS INERENTI AL MOG

L'Organizzazione ha individuato le principali categorie di portatori di interesse (“stakeholders”) coinvolte nella prevenzione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01.

TABELLA DEGLI STAKEHOLDERS		
PORTATORE DI INTERESSE	COINVOLGIMENTO	ESIGENZE E ASPETTATIVE
Società controllante	Controlla l'Azienda mediante partecipazione al capitale sociale	Assicurare che la società controllante non subisca impatti negativi, inclusa la perdita di reputazione, dalla commissione o tentata commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01.
Società partecipanti	Partecipano al capitale sociale dell'Azienda	Assicurare che la società partecipante non subisca impatti negativi, inclusa la perdita di reputazione, dalla commissione o tentata commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01.
Alta Direzione Organo di Governo	Dirige e controlla l'Organizzazione assicurando la	Assicurare la conformità dell'Organizzazione ai requisiti applicabili in materia di responsabilità amministrativa di impresa.

	conformità normativa, la prevenzione dei rischi e la corretta assegnazione di ruoli e responsabilità.	Valutare e trattare i rischi in materia di commissione dei reati. Definire e attribuire ruoli e responsabilità in materia di prevenzione dei reati presupposto entro l'Organizzazione e verso soggetti esterni che trattano dati per conto dell'Organizzazione stessa. .
Personale dipendente	Svolge attività correlate alle mansioni di competenza.	Ricevere formazione per comprendere scopo e campo di applicazione del d.lgs. 231/01. Ricevere sensibilizzazione sui rischi e sulle misure tecnico organizzative (controlli operativi") in materia di responsabilità amministrativa di impresa. Essere chiaramente informato in merito alle conseguenze della violazione del Codice Etico aziendale.
Fornitore esterno	Eroga prestazioni all'Organizzazione	Ricevere dall'Alta Direzione chiari indirizzi di comportamento in merito alla necessità di prevenire la commissione dei reati presupposto nell'interesse o a vantaggio dell'Organizzazione stessa. Essere chiaramente informato in merito alle conseguenze della violazione del Codice Etico aziendale.
Clienti	Riceve prestazioni dall'Organizzazione	Intrattenere rapporti di affari con business partner affidabili sotto il profilo del rispetto di principi di integrità, trasparenza e legalità.
Organismo di Vigilanza	Vigila sul MOG adottato dall'Organizzazione,	Valutare l'adeguatezza e la corretta applicazione del MOG in funzione del contesto di riferimento dell'Organizzazione.
Magistratura	Valuta l'adeguatezza del MOG	Valutare l'efficacia del MOG adottato in termini di esimezza. (sottrazione di un obbligo)

Figure 4 – stakeholder e relative aspettative sul modello di organizzazione e gestione.

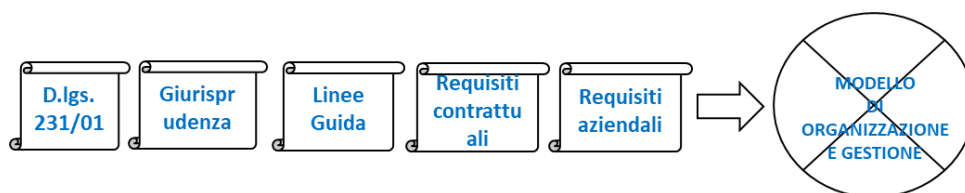


#### 4.2.2 REQUISITI APPLICABILI AL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

In funzione delle aspettative degli stakeholders, l'Azienda individua i seguenti requisiti applicabili al proprio MOG:

- prescrizioni normative derivanti da leggi e regolamenti europee, nazionali, regionali e comunali, ad iniziare dallo stesso d.lgs. 231/01.
- linee guida, prassi e standard inerenti i sistemi di gestione in generale ed il MOG in particolare;
- obblighi contrattuali, inclusi gli obblighi stabiliti da Carte dei Servizi;
- disposizioni interne all'Azienda, incluse politiche, regolamenti, etc.

Figure 5 – stakeholder e relative aspettative sul modello di organizzazione e gestione.



## 4.3 DESTINATARI DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE

Il presente documento si applica a tutti i soggetti destinatari del MOG per la parte di loro competenza.

Figure 6 – destinatari del MOG



Rientrano tra i soggetti destinatari del MOG:

- Organo di Governo;
- Alta Direzione e altri soggetti in posizione apicale;
- Dipendenti aziendali sottoposti alla supervisione dei soggetti di cui ai punti precedenti;
- Fornitori di beni e servizi, inclusi collaboratori esterni.

## 4.4 MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

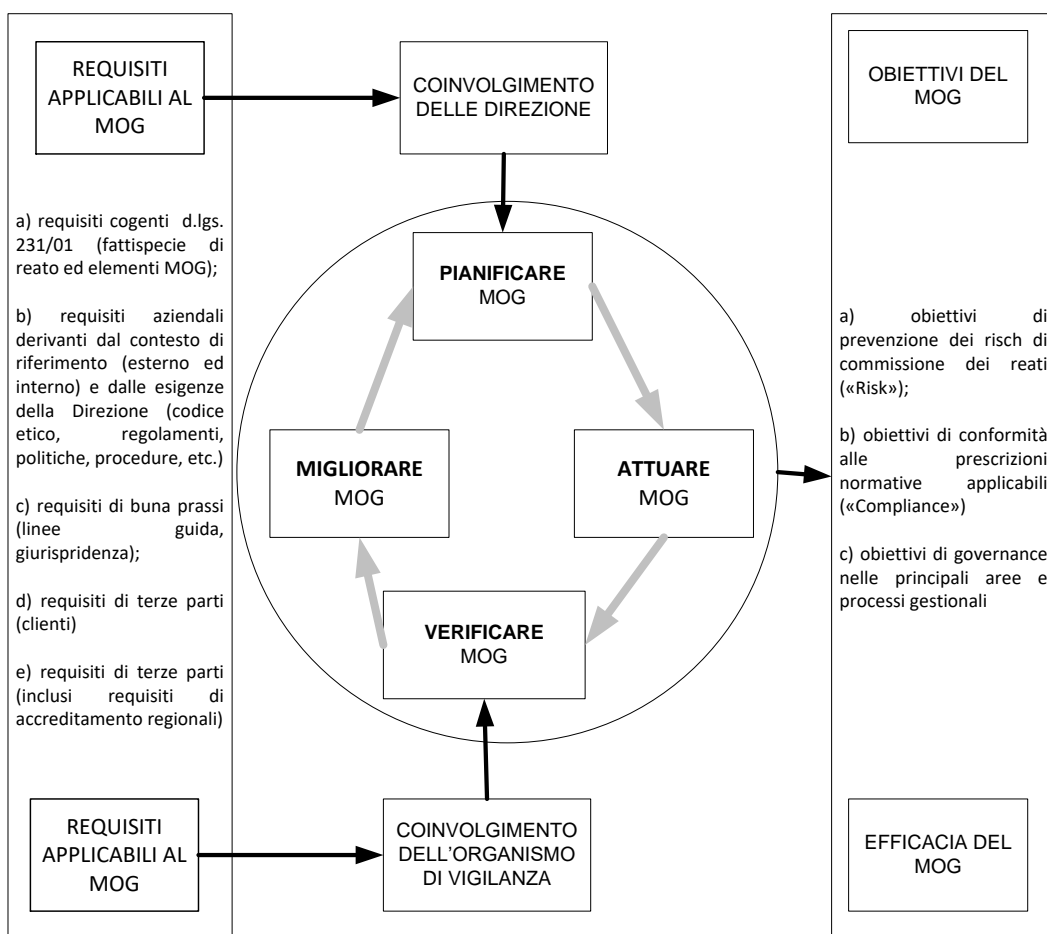
### 4.4.1 APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il MOG adotta il noto approccio al miglioramento continuo rappresentato dal ciclo "PDCA" (Plan – Do – Check – Act) in quanto metodologia universalmente utilizzata per assicurare che un sistema di gestione aziendale:

- Sia adeguatamente pianificato in tutti i suoi componenti, inclusa la relativa architettura documentale (politiche, procedure, etc.);

- Sia efficacemente attuato in conformità a quanto pianificato, incluso il sistematico monitoraggio delle prescrizioni cogenti applicabili alle varie aree della gestione aziendale (nel caso specifico, con riferimento alle fattispecie previste dal D.lgs. 231/01);
- Sia sistematicamente verificato per assicurare la conformità a quanto pianificato e riesaminato per assicurare l'adeguamento di quanto pianificato a variazioni significative del contesto di riferimento;
- Sia continuamente aggiornato e migliorato con riferimento alle opportunità e alle criticità evidenziate nei punti precedenti.

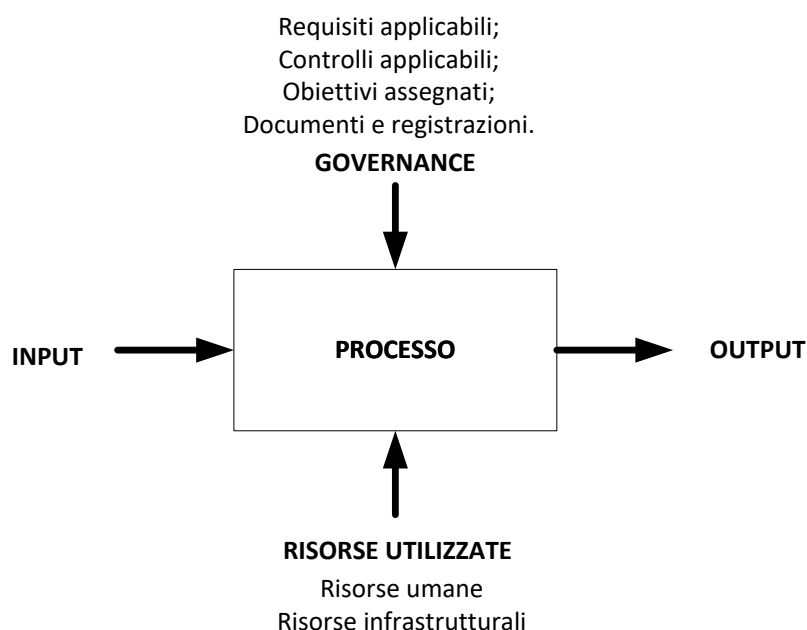
Figure 7 – ciclo PDCA per l' implementazione del modello di organizzazione e gestione



#### 4.4.2 APPROCCIO PER PROCESSI

Il MOG adotta un approccio per processi al fine di assicurare che questi sia adeguato al contesto di riferimento aziendale e che sia efficacemente e sistematicamente applicato.

Figure 8 – approccio per processi e procedure del modello di organizzazione e gestione



I processi in cui si articola il MOG sono individuati, pianificati e documentati da specifiche procedure. Tali procedure costituiscono parte integrante del MOG.

## 5.LEADERSHIP

### 5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO

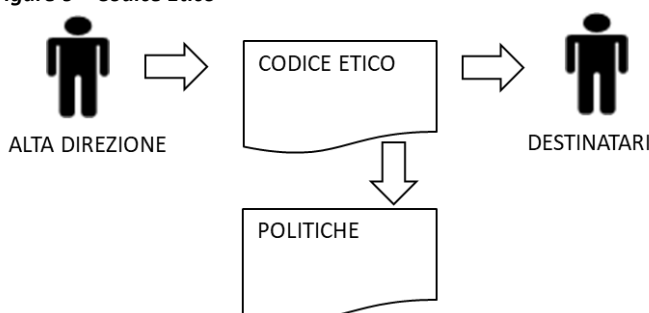
L'Organo Amministrativo e l'Alta Direzione, in quanto figure apicali, dimostrano il proprio impegno per l'implementazione del MOG assicurando:

- a) Che sia adottato, formalizzato e comunicato un Codice Etico;
- b) Che i requisiti per la prevenzione dei reati previsti dal d.lgs. 231/01 siano integrati nei processi aziendali;
- c) Che le risorse necessarie per il MOG siano rese disponibili;
- d) Che l'importanza di un'efficace applicazione del MOG sia chiaramente comunicata;
- e) Che il MOG persegua i risultati attesi;
- f) Che le persone destinatarie del MOG siano dirette e supportate per contribuire all'efficacia MOG;
- g) Che sia perseguito il miglioramento continuo del MOG adottato, sia relativamente all'adeguatezza sia relativamente all'applicazione;
- h) Che i soggetti destinatari del MOG siano supportati al fine di consentire la corretta applicazione del MOG stesso nello svolgimento delle attività e dei processi di competenza.

## 5.2 CODICE ETICO

L'Alta Direzione ha formalmente approvato un Codice Etico che riporta i principi di comportamento che i destinatari dello stesso devono osservare e fare osservare per la parte di loro competenza. Nessun destinatario del Codice Etico, qualsiasi sia il ruolo o l'incarico ricoperto, può derogare o far derogare a tali principi, anche qualora tale deroga sia fatta in buona fede e con l'intento di perseguire interessi o vantaggi per l'Azienda stessa, anche di consistente rilevanza.

Figure 9 – Codice Etico



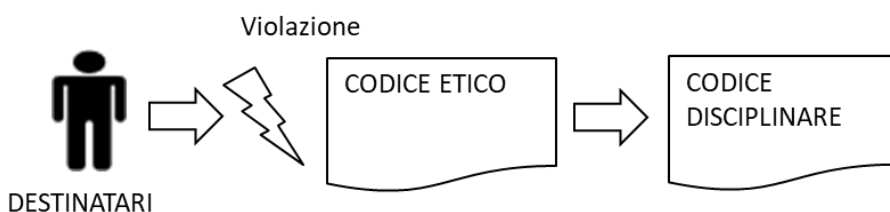
A tale scopo il Codice Etico:

- È stato definito in funzione del contesto aziendale;
- Definisce il quadro di riferimento per la definizione degli obiettivi di prevenzione dei reati previsti dal d.lgs. 231/01;
- Include l'impegno a soddisfare i requisiti normativi applicabili al contesto aziendale con riferimento alle disposizioni del d.lgs. 231/01;
- Include l'impegno al miglioramento continuo del MOG adottato;
- È redatto in forma documentale;
- È comunicato in ambito aziendale;
- È reso disponibile alle terze parti destinatarie secondo modalità appropriate.

Il Codice Etico richiama ed è richiamato da specifiche politiche aziendali applicabili alla prevenzione di determinati reati presupposto.

In caso di violazioni del Codice Etico da parte dei destinatari, l'Azienda applica provvedimenti disciplinari come descritto nel documento "Codice Disciplinare".

Figure 10 – Codice Etico e Codice Disciplinare



## 5.3 RUOLI, RESPONSABILITA' E AUTORITA' NELL'ORGANIZZAZIONE

### 5.3.1 GENERALITA'

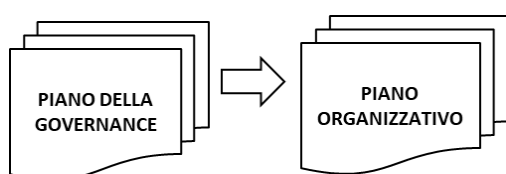
L'Azienda definisce e comunica le responsabilità e le autorità per la sistematica e puntuale applicazione del MOG e per il mantenimento della sua adeguatezza in funzione del contesto aziendale di riferimento.

A tale scopo l'Azienda definisce sia il proprio modello di Governance sia il proprio sistema organizzativo.

### 5.3.2 GOVERNANCE E SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO

L'Organo di Governo ha definito e formalizzato nel "Piano della Governance", documento implementato a livello di gruppo, a cui si rimanda, i meccanismi di formazione della volontà societaria (poteri di indirizzo) ed i meccanismi di controllo interno.

Figure 11 – Piano della Governance



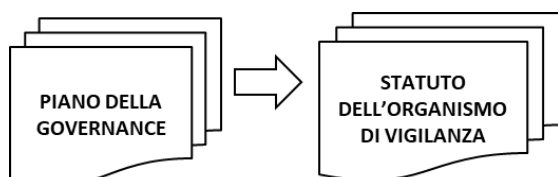
Il Piano della Governance fornisce quindi il contesto mediante cui l'Alta Direzione indirizza e controlla il sistema organizzativo aziendale al fine di perseguire gli obiettivi strategici. In particolare il Piano della Governance riporta anche la descrizione del sistema di Controllo Interno adottato dall'Azienda e che indirizza anche la gestione dei rischi ("risk management"), la gestione della conformità normativa ("compliance management") e le attività di internal auditing.

### 5.3.3 ORGANISMO DI VIGILANZA

Nell'ambito del proprio modello di Governance, l'Azienda ha istituito un Organismo di Vigilanza a cui affidare il compito di vigilare sull'adeguatezza e la corretta applicazione del MOG, in conformità a quanto previsto dal D.lgs. 231/01 all'art. 6, comma 1, lett. b.

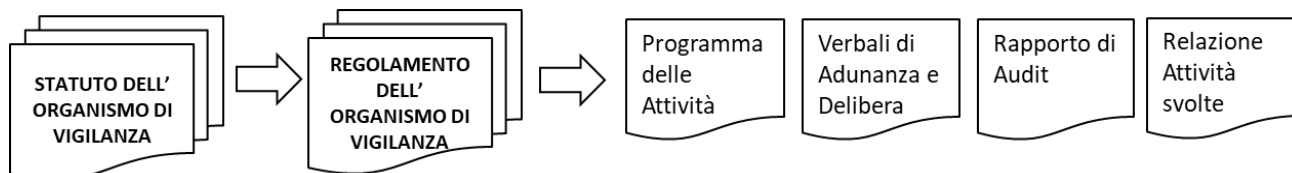
La composizione, le nomine, i poteri e le attribuzioni dell'Organismo di Vigilanza sono disciplinati dallo Statuto dell'Organismo di Vigilanza.

Figure 12 – Istituzione dell'Organismo di Vigilanza



I meccanismi di funzionamento operativo dell'Organismo di Vigilanza sono definiti nel "Regolamento dell'Organismo di Vigilanza", documento a cui si rimanda e che è predisposto a cura dello stesso Organismo di Vigilanza.

Figure 13 – Funzionamento dell'Organismo di Vigilanza

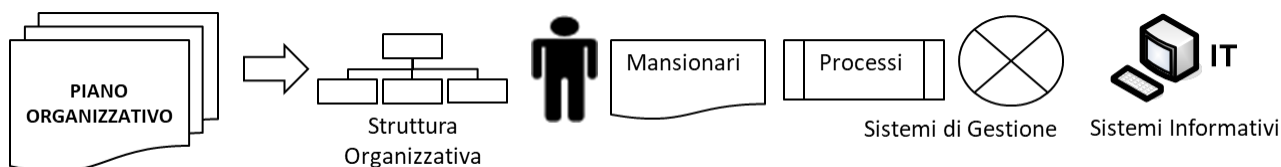


Tale documento definisce anche le modalità di gestione delle informazioni documentate prodotte dall'Organismo di Vigilanza nello svolgimento dei propri processi di funzionamento interno.

### 5.3.4 SISTEMA ORGANIZZATIVO

L'Azienda ha definito e formalizzato nel "Piano Organizzativo Aziendale", documento implementato a livello di gruppo, a cui si rimanda, il proprio assetto organizzativo.

Figure 14 – Piano Organizzativo Aziendale



Tale documento definisce la struttura organizzativa (funzionigramma e organigramma), ruoli e responsabilità delle funzioni e delle posizioni organizzative, sistemi di gestione e relativi processi, sistemi informativi e supporto fornito alle aree organizzative ed ai processi aziendali.

### 5.3.5 REFERENTE DEL MOG

L'Azienda ha individuato nel Responsabile del Servizio di Gestione Integrata il referente per il MOG, avente funzioni di interfaccia operativa tra l'OdV e l'Azienda, anche al fine di agevolare l'operatività e le comunicazioni istituzionali.

Rientra nelle mansioni del Referente del MOG:

- Supervisionare la pianificazione e l'attuazione del MOG istituito dall'Azienda;
- Fornire consulenza e guida al personale circa il MOG e le questioni inerenti la prevenzione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01;
- Assicurare che il MOG sia conforme ai requisiti ad esso applicabili;
- Relazionare sulle prestazioni de MOG all'Organo Amministrativo, all'Alta Direzione e all'Organismo di Vigilanza.

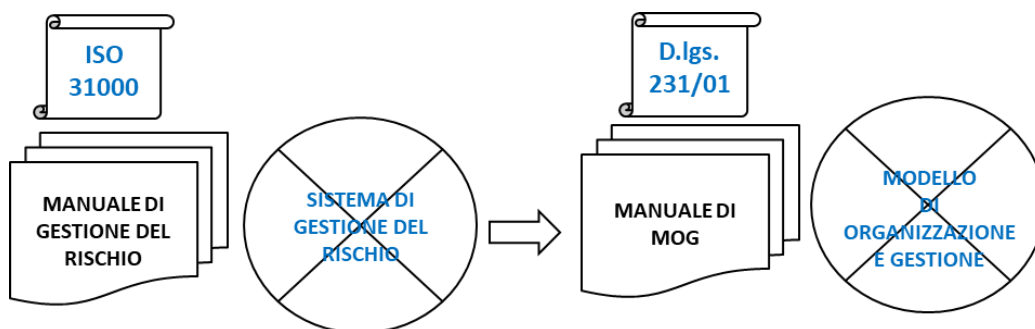


## 6. PIANIFICAZIONE

### 6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITA'

L'Azienda ha adottato uno specifico modello di gestione dei rischi basato sulle linee guida dello standard UNI ISO 31000:2010 "gestione del rischio – principi e linee guida".

Figure 15 – MOG e sistema di gestione dei rischi



Mediante l'applicazione del modello di gestione dei rischi al Modello di Organizzazione e Gestione, l'Azienda provvede a:

- Assicurare che il MOG persegua i risultati pianificati;
- Prevenire o ridurre gli effetti dei rischi;
- Perseguire il miglioramento continuo nella gestione dei rischi;
- Pianificare le azioni per gestire i rischi e le opportunità di trattamento;
- Integrare e implementare tali azioni nell'ambito dei processi aziendali e valutare l'efficacia di tali azioni.

A tale scopo l'Azienda pianifica uno specifico processo di gestione dei rischi.

Figure 16 – Processo di gestione dei rischi



La valutazione del rischio identifica, quindi, i cosiddetti "processi sensibili" e le azioni da implementare da parte di ASMT Tortona S.p.A.

Il piano delle azioni è oggetto di periodica verifica da parte dell'Organismo di Vigilanza con il supporto degli enti aziendali coinvolti.

La valutazione dei rischi deve intendersi come processo "dinamico" svolto con periodicità adeguata e da reiterare in caso di aggiornamento dei processi o della normativa di riferimento; pertanto possono essere predisposti più documenti di valutazione del rischio.

Nelle indagini svolte viene considerata la storia societaria (procedimenti giudiziari che abbiano fatto scaturire condanne verso gli amministratori e dirigenti o verso l'ente stesso).

Nel caso in cui la storia aziendale dimostrati la non esistenza di tali eventi il fatto viene considerato come fattore di riduzione della probabilità di accadimento.

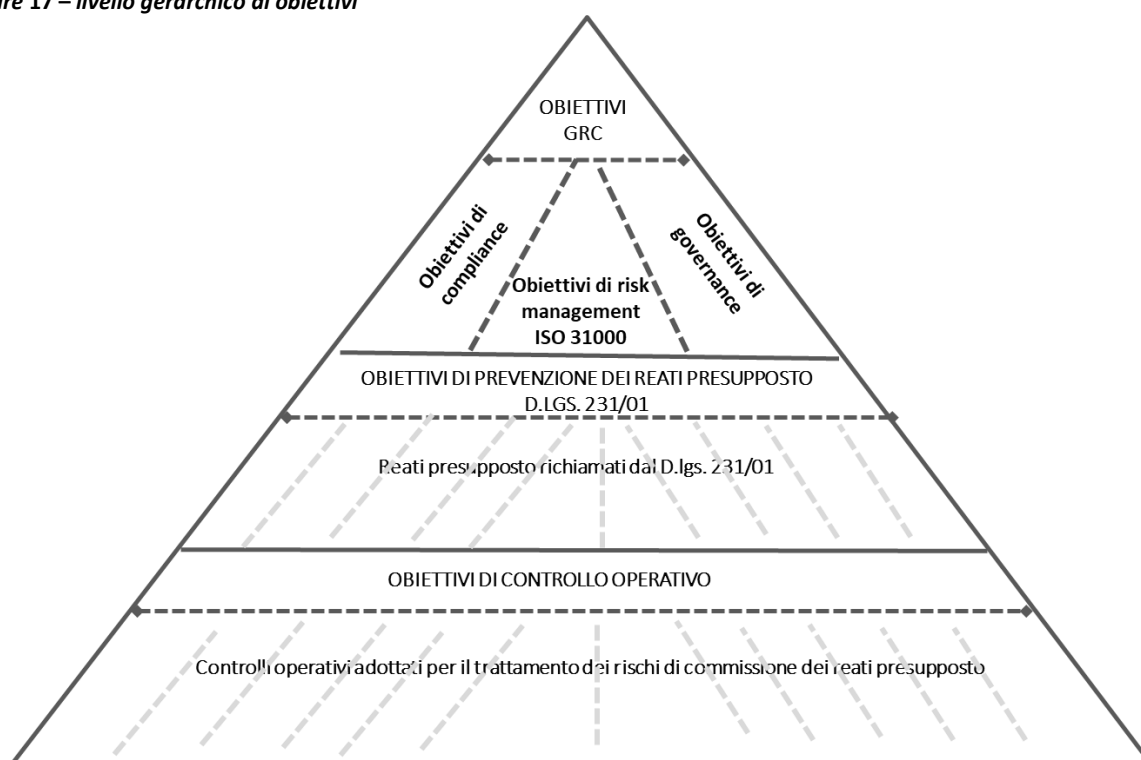
Nell'analisi del rischio vengono considerate, come fattori di riduzione della probabilità di accadimento, anche misure oggettive ed indicatori e la loro tendenza negli ultimi anni.

## 6.2 OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DEI REATI

Gli obiettivi in materia di prevenzione dei reati ai sensi del d.lgs. 231/01 sono correlati ai più generali obiettivi aziendali di Governance, Risk Management e Compliance come di seguito definiti:

1. Obiettivi di "compliance": sistematica conformità alle prescrizioni normative applicabili al contesto aziendale;
2. Obiettivi di "risk management": sistematica valutazione dei rischi in materia di commissione dei reati;
3. Obiettivi di "governance": sistematica individuazione e attribuzione di responsabilità di indirizzo e di controllo ai vari livelli organizzativi.

Figure 17 – livello gerarchico di obiettivi



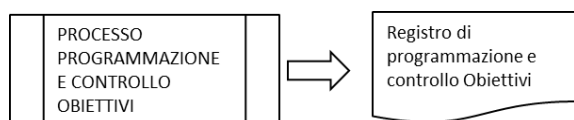
L'obiettivo fondamentale (obiettivo di primo livello) perseguito mediante l'adozione del MOG è prevenire qualsiasi commissione o tentata commissione ("incidente" o "quasi incidente") dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01. A tale scopo sono definiti obiettivi specifici (obiettivi di secondo livello) inerenti alla corretta ed efficace attuazione dei controlli operativi adottati per la prevenzione dei reati.

L'Azienda assicura che gli obiettivi per la prevenzione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01:

- a) siano congruenti con gli indirizzi espressi dal codice etico e con il contesto aziendale di riferimento;
- b) siano resi misurabili, dove possibile e/o pertinente;
- c) prendano in considerazione i requisiti di "governance", "compliance" e "risk management";
- d) siano comunicati;
- e) siano aggiornati in modo appropriato.

A tale scopo l'Azienda pianifica uno specifico processo per la programmazione e controllo degli obiettivi.

*Figure 18 – processo di programmazione e controllo obiettivi e informazioni documentate*



## 7.SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DEL MOG

### 7.1 RISORSE

L'Azienda provvede a stanziare specifiche risorse al fine di assicurare l'adeguatezza e la corretta applicazione del MOG stesso. Questo con particolare riferimento ai seguenti elementi:

- Istituzione di un Organismo di Vigilanza;
- Programmi per supportare la corretta applicazione del MOG (programmi di audit, di formazione e sensibilizzazione, di adeguamento delle risorse infrastrutturali, etc.).

### 7.2 COMPETENZE

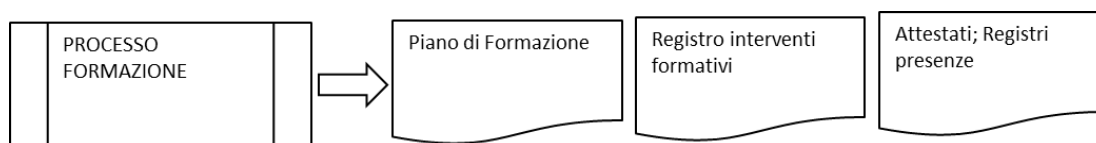
#### 7.2.1 GENERALITA'

L'Azienda provvede a:

- a) Determinare le necessarie competenze delle persone che lavorando sotto il suo controllo sono chiamate ad assicurare la corretta applicazione del MOG adottato;
- b) Assicurare che queste persone siano competenti sulla base di appropriata istruzione, formazione, esperienza;
- c) attivarsi dove necessario per acquisire le necessarie competenze e a valutare l'efficacia di tali attività;
- d) mantenere appropriate informazioni documentate come evidenza delle competenze.

A tale scopo l'azienda pianifica uno specifico processo di gestione della formazione.

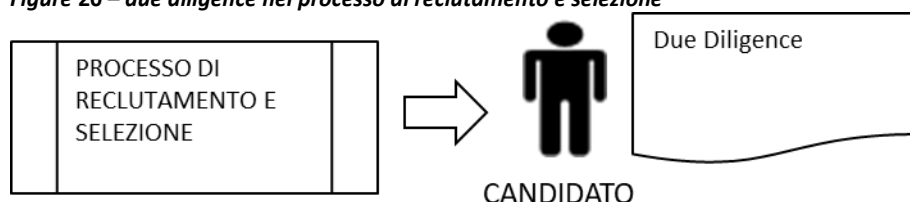
**Figure 19 – processo di formazione e informazioni documentate**



## 7.2.2 PROCESSO DI ASSUNZIONE

L’Azienda provvede a effettuare le opportune due diligence in fase di assunzione per tutte le posizioni organizzative che sono esposte a un rischio di commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01 superiore al livello basso.

**Figure 20 – due diligence nel processo di reclutamento e selezione**



## 7.2.3 SISTEMA PREMIANTE

L’Azienda provvede periodicamente a riesaminare il sistema premiante in modo da assicurare che questi non incentivi la commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01 da parte dei soggetti destinatari del MOG.

## 7.2.4 SISTEMA DISCIPLINARE

L’Azienda provvede a sanzionare violazioni da parte del personale dipendente del Codice Etico, del MOG o di commissioni o tentate commissioni dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01. A tale scopo l’Azienda adotta uno specifico Codice Disciplinare, documento a cui si rimanda.

## 7.2.5 OSSERVANZA DEL CODICE ETICO E DEL MOG

Con cadenza periodica, anche in sede di incontro con l’Organismo di Vigilanza, i componenti dell’Organo di Governo, l’Alta Direzione ed il personale che opera nelle aree organizzative maggiormente esposte al rischio di corruzione dichiarano la propria osservanza del Codice Etico e la sistematica applicazione del MOG, evidenziando altresì eventuali vulnerabilità od opportunità di miglioramento.

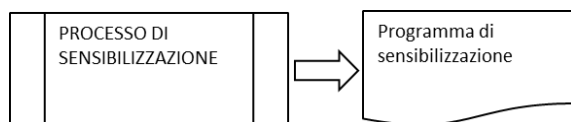
## 7.3 CONSAPEVOLEZZA

Le persone che lavorano sotto il controllo dell’Azienda sono da questa rese consapevoli:

- Del Codice Etico e della necessità di adottare i principi comportamentali in esso contenuti;
- Del loro contributo all’efficacia del MOG, inclusi i benefici del miglioramento delle prestazioni del MOG stesso;
- Delle implicazioni delle non conformità rispetto ai requisiti previsti dal MOG.

A tale scopo l'azienda pianifica uno specifico processo di gestione della sensibilizzazione.

**Figure 21 – processo di sensibilizzazione e informazioni documentate**



## 7.4 COMUNICAZIONE

L'Azienda definisce le esigenze di comunicazione interna ed esterna relativamente al MOG adottato con riferimento a:

- a) Cosa comunicare;
- b) Quando comunicare;
- c) Con chi comunicare;
- d) Chi deve comunicare;
- e) Come deve comunicare.

Quanto sopra anche con particolare riferimento alle comunicazioni nei confronti dell'Organismo di Vigilanza associate al verificarsi dei seguenti eventi:

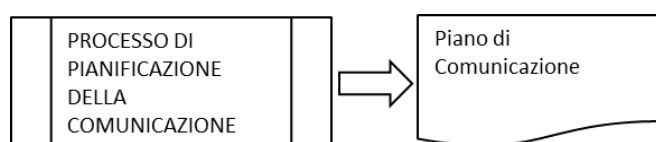
- commissioni o tentate commissioni ("incidenti" o "quasi incidenti" ) dei reati previsti dal d.lgs. 231/01;
- non conformità relative alla mancata applicazione del MOG, inclusa la mancata applicazione di codice etico, regolamenti, politiche, procedure, etc.

Al fine di garantire un'efficace e razionale attività di comunicazione, la Società promuove ed agevola la conoscenza dei contenuti e dei principi del Modello da parte dei dipendenti, assicurando la corretta diffusione dei contenuti e dei principi dello stesso all'interno ed all'esterno della propria organizzazione mediante:

- la distribuzione della documentazione in formato cartaceo;
- la messa a disposizione della documentazione in formato elettronico.

Particolare attenzione viene data alla divulgazione dei documenti nell'ambito del nuovo inserimento del personale, secondo procedura interna.

**Figure 22 – processo di pianificazione della comunicazione e informazioni documentate**



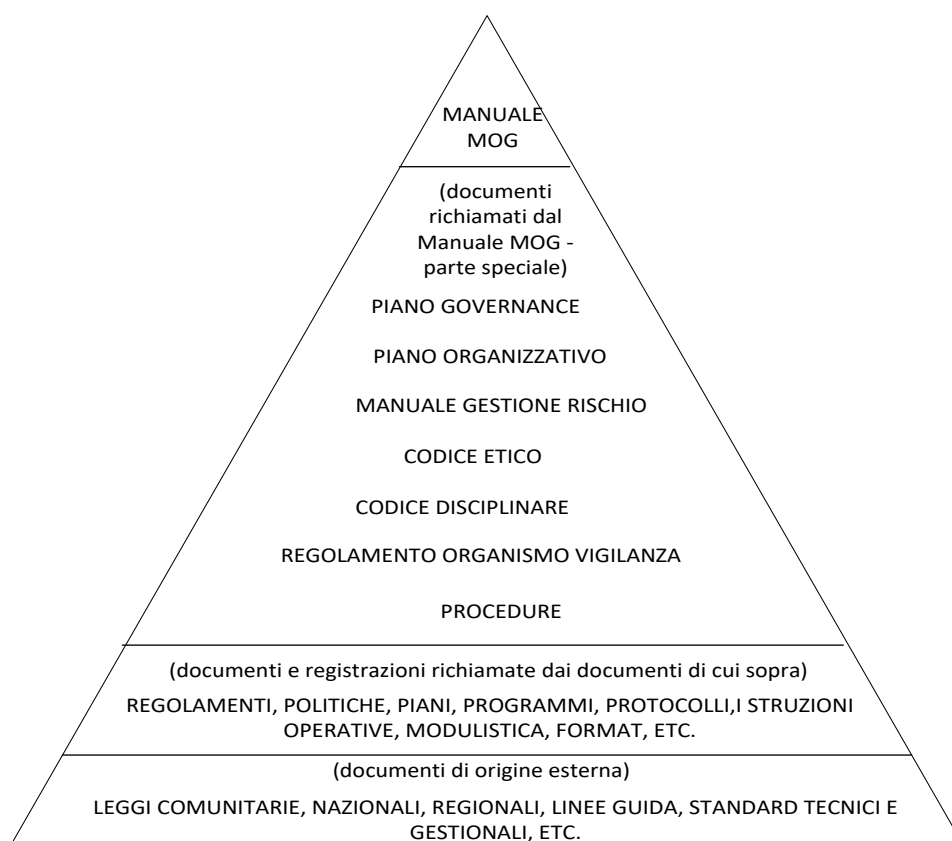
## 7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

### 7.5.1 GENERALITA'

Il MOG adottato dall'Azienda include:

- Le informazioni documentate richieste dai requisiti normativi richiamati dal d.lgs. 231/01;
- Le informazioni documentate definite dall'Azienda al fine di rendere efficace il MOG.

**Figure 23 – architettura del sistema documentale del MOG**



Tutti i documenti del MOG, incluso il MOG stesso, sono sviluppati facendo riferimento allo standard UNI 10999:2002 "linee guida per la documentazione dei sistemi di gestione per la qualità" al fine di assicurare chiarezza, leggibilità e omogeneità nella documentazione stessa e nelle relazioni tra le diverse tipologie di documenti in cui si articola lo stesso MOG.

**Figure 24 – predisposizione delle informazioni documentate del MOG**

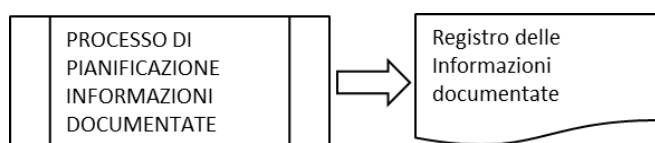


## 7.5.2 CREAZIONE E AGGIORNAMENTO

La creazione e l'aggiornamento delle informazioni documentate richiamate dal MOG è svolto in modo da assicurare:

- L'identificazione e la descrizione;
- Il formato ed il supporto (cartaceo o elettronico);
- Il riesame e l'approvazione per l'adeguatezza.

Figure 25 – processo di pianificazione delle informazioni documentate



## 7.5.3 CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Le informazioni documentate richieste dal MOG sono controllate in modo da assicurare:

- La loro disponibilità e adeguatezza per l'uso, dove e quando queste siano necessarie;
- La loro adeguata protezione con particolare riferimento alla perdita di confidenzialità, integrità e uso improprio;
- La loro distribuzione, accessibilità, rintracciabilità e usabilità;
- La loro archiviazione e preservazione, inclusa la preservazione della leggibilità;
- Il controllo dei cambiamenti (controllo delle versioni);
- La loro conservazione ed eliminazione.

Le informazioni documentate di origine esterna, definite dall'Azienda come necessarie per pianificare e rendere operativo il MOG, sono parimenti identificate e appropriatamente controllate.

# 8. ATTIVITA' OPERATIVE

## 8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI

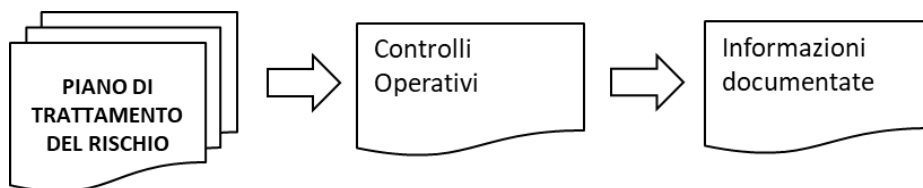
L'Azienda pianifica, implementa e controlla i processi richiesti per la corretta applicazione del MOG inclusi i processi richiamati dai controlli operativi adottati per il trattamento dei rischi inerenti alla commissione dei reati presupposto previsti dal d.lgs. 231/01.

A tale scopo l'Azienda provvede a:

- Stabilire i criteri per lo svolgimento dei processi sotto forma di manuali, procedure, piani e programmi, istruzioni operative.
- Controllare che i processi si svolgano in conformità a tali criteri;
- Custodire le informazioni documentate inerenti allo svolgimento di tali processi.

I controlli operativi adottati dall'Azienda per il trattamento dei rischi di commissione dei reati presupposto sono descritti nel documento "Piano di Trattamento dei Rischi", documento a cui si rimanda. Tali controlli operativi fanno riferimento a quanto di seguito riportato.

Figure 26 – piano di trattamento del rischio, controlli operativi e informazioni documentate



## 8.2 DUE DILIGENCE

Laddove la valutazione del rischio di commissione dei reati sia superiore al rischio basso in relazione a:

- a) Specifiche categorie di transazioni, progetti, attività;
- b) Specifiche categorie di soggetti con cui intraprendere relazioni di affari;
- c) Specifiche categorie di personale (posizioni organizzative ed aree organizzative);

L'Azienda provvede a rilevare in via preliminare le informazioni sufficienti a valutare il rischio ("due diligence") secondo modalità ragionevolmente commisurate al livello del rischio stesso.

## 8.3 CONTROLLI OPERATIVI FINANZIARI

L'Azienda pone in essere opportuni controlli finanziari e amministrativi al fine di assicurare che le risorse finanziarie siano gestite nel rispetto di criteri di trasparenza e di tracciabilità. A tale scopo l'Azienda adotta le seguenti linee guida:

- a) Separazione dei compiti tra chi autorizza e chi esegue i pagamenti;
- b) Previsione di diversi livelli autorizzativi in funzione dell'entità dei pagamenti;
- c) Verifica che le prestazioni dei beneficiari dei pagamenti siano state approvate prima di liquidare il pagamento;
- d) Richiesta di formale autorizzazione per il pagamento;
- e) Restrizione all'uso del contante e meccanismi di controllo in caso di utilizzo dello stesso;
- f) Classificazione e descrizione dei pagamenti chiare e appropriate in modo da assicurare la tracciabilità degli stessi;
- g) Controllo periodico delle transazioni finanziarie ad opera di organi indipendenti (collegio dei sindaci).

## 8.4 CONTROLLI OPERATIVI NON FINANZIARI

### 8.4.1 GENERALITA'

In considerazione dell'eterogeneità dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01, l'Azienda individua diverse tipologie di controlli operativi applicabili per il trattamento dei rischi correlati alla commissione di tali reati.

### 8.4.2 CONTROLLI ORGANIZZATIVI

Rientrano nei controlli organizzativi manuali, politiche, piani e programmi, procedure, istruzioni operative ed in genere tutti quei documenti che definiscono modalità di svolgimento di processi e



attività e indirizzano il comportamento delle persone nello svolgimento delle attività di competenza.

### **8.4.3 CONTROLLI IT**

Rientrano nei controlli IT tutti quei controlli finalizzati ad assicurare la sicurezza dei Servizi IT e della relativa infrastruttura IT, con particolare riferimento ai servizi IT che supportano direttamente o indirettamente i processi aziendali e le aree organizzative maggiormente correlate ai rischi di commissione dei reati richiamati dal d.lgs. 231/01.

### **8.4.4 CONTROLLI FISICO AMBIENTALI**

Rientrano nei controlli operativi tutti quei controlli finalizzati ad assicurare la sicurezza dei siti fisici e delle correlate risorse infrastrutturali che supportano direttamente o indirettamente i processi aziendali e le aree organizzative maggiormente correlate ai rischi di commissione dei reati richiamati dal d.lgs. 231/01.

## **8.5 CONTROLLI OPERATIVI SUI BUSINESS PARTNERS**

### **8.5.1 FORNITORI**

L'Azienda richiede che i fornitori di beni e servizi critici si impegnino contrattualmente a rispettare gli indirizzi espressi dal Codice Etico nei rapporti di fornitura in essere. In caso di violazioni del Codice Etico, l'Azienda applica le misure previste dal Codice Disciplinare.

### **8.5.2 COLLABORATORI ESTERNI**

L'Azienda richiede che i collaboratori esterni si impegnino contrattualmente a rispettare gli indirizzi espressi dal Codice Etico e dal Modello Organizzativo qualora questi siano integrati in gruppi di progetto aziendali assieme a personale dipendente. In caso di violazioni del Codice Etico, l'Azienda applica le misure previste dal Codice Disciplinare.

## **8.6 IMPEGNO PER LA PREVENZIONE DA PARTE DI BUSINESS PARTNERS**

L'Azienda richiede ai business partner che presentano un rischio di commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01 superiore a basso uno specifico impegno per la prevenzione di tali reati.

L'adozione da parte di tali soggetti di un proprio Modello di Organizzazione e Gestione costituisce un impegno in tale ottica.

Qualora i business partner non dispongano di un Modello di Organizzazione e Gestione a questi è richiesto di fornire una dichiarazione scritta in merito alle principali misure di prevenzione poste in essere.

## **8.7 REGALI, OSPITALITA', DONAZIONI E SIMILI BENEFICI**

### **8.7.1 IN ENTRATA**

L'Azienda dispone che tutto il personale che riceva offerte di regali, ospitalità, donazioni o benefici simili superiori alla soglia del modico valore o con frequenze ripetute nel tempo declini tale offerta e segnali tempestivamente e puntualmente tale offerta al Referente del MOG.

Qualora non sia possibile declinare tale offerta, il personale ricevente richiede in via preventiva autorizzazione alla Direzione o, qualora la ricezione sia avvenuta in momento precedente, segnali tempestivamente la cosa secondo le modalità precedentemente individuate.

### **8.7.2 IN USCITA**

L'Azienda dispone che possano essere offerti a soggetti esterni solo omaggi di valore simbolico in occasione o di festività tradizionali o di eventi commerciali quali fiere, eventi, etc.

## **8.8 GESTIONE DELL'INADEGUATEZZA DEI CONTROLLI OPERATIVI**

In situazioni nelle quali i rischi di commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01 non possano essere affrontati in modo adeguato con i controlli operativi in essere, l'Azienda provvede a:

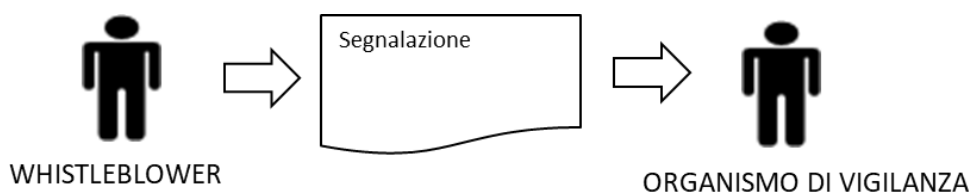
- a) Individuare nuovi controlli operativi in aggiunta a quelli predisposti;
- b) Migliorare i controlli operativi esistenti;
- c) Autorizzare provvisoriamente l'attività nelle aree di rischio sotto stretto monitoraggio e informando preventivamente l'Organismo di Vigilanza.

## **8.9 SEGNALAZIONE DI SOSPETTI (WHISTLEBLOWING)**

L'Azienda predispone opportuni canali di segnalazione affinché:

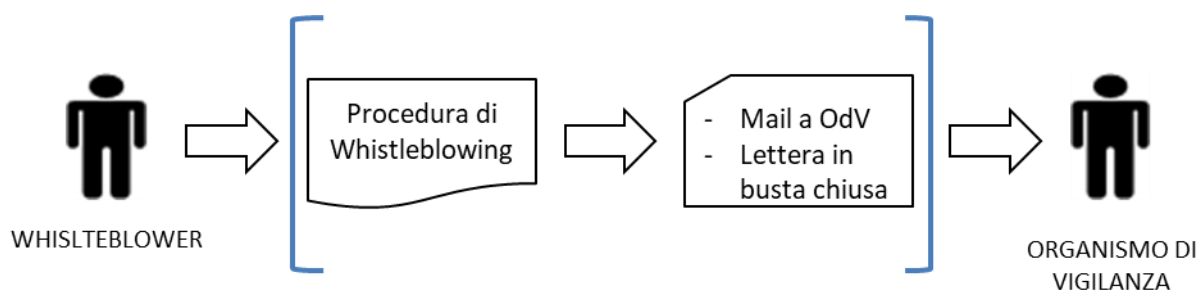
- a) Personale dipendente e soggetti esterni possano segnalare in buona fede all'Organismo di Vigilanza atti o tentativi di commissione dei reati presupposto previsti dal d.lgs. 231/01;
- b) Le segnalazioni inoltrate siano trattate in modo confidenziale, in modo da proteggere l'identità di chi segnala e di altri coinvolti o menzionati nella segnalazione;
- c) Le segnalazioni possano essere inoltrate in forma anonima;
- d) Sia vietata ogni forma di ritorsione e siano protetti coloro che effettuano le segnalazioni dalle ritorsioni;
- e) Sia consentito al personale di ricevere consulenza su cosa fare in presenza di un sospetto o di una situazione che possa portare alla commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01;

**Figure 27 – whistleblowing**



Al fine di definire le modalità di segnalazione che tutto il personale dipendente ha a disposizione, è stata redatta apposita procedura, PWB-60-00 Procedura di Whistleblowing a cui si rimanda, con gli opportuni canali di segnalazione.

**Figure 28 – whistleblowing**



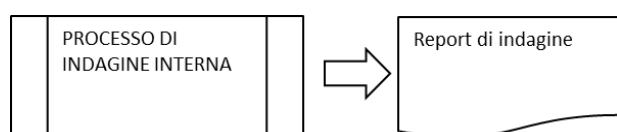
In particolare tutto il personale dipendente viene reso edotto mediante opportune azioni di formazione e di sensibilizzazione in merito alle modalità di segnalazione nonché in merito ai loro diritti ed alle loro tutele in caso di segnalazione.

## 8.10 INDAGINI INTERNE

In caso di segnalazione di atti o tentativi di commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01, l'Organismo di Vigilanza provvede:

- A valutare la fondatezza della segnalazione ricevuta e, se necessario, ad avviare indagini interne;
- A richiedere la collaborazione del personale pertinente in sede di indagine interna;
- A intraprendere o a richiedere che siano intraprese in modo tempestivo le opportune azioni appropriate a fronte degli elementi emersi;
- A riferire i risultati delle indagini interne nel rispetto di condizioni di riservatezza a soggetti che non facciano parte del ruolo o della funzione oggetto di indagine.

**Figure 29 – processo di indagine interna e informazioni documentate**



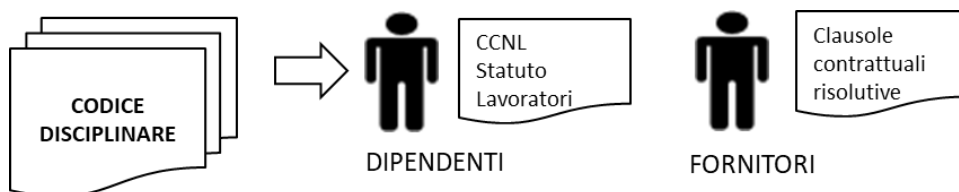
In sede di istituzione dell'Organismo di Vigilanza come descritto nel documento "Statuto dell'Organismo di Vigilanza" l'Azienda dispone affinché all'Organismo di Vigilanza siano attribuiti poteri e capacità di azione per lo svolgimento di indagini interne nel rispetto di condizioni di riservatezza.

## 8.11 SISTEMA DISCIPLINARE

L'Azienda sanziona ogni atto o tentato atto di commissione dei reati presupposto richiamati dal d.lgs. 231/01 nonché le correlate violazioni del Codice Etico e del Modello di Organizzazione e Gestione.

A tale scopo l'Azienda ha adottato e formalizzato un sistema disciplinare descritto nel documento "Codice Disciplinare".

**Figure 30 – codice disciplinare e soggetti destinatari.**



In particolare il sistema disciplinare si applica a tutti i soggetti destinatari del MOG, interni o esterni all'Azienda.

## 9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

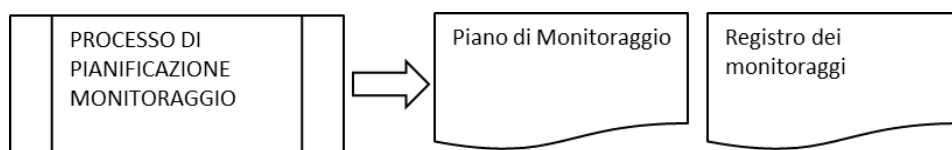
### 9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E STIMA

L'Azienda valuta le prestazioni e l'efficacia MOG adottato. A tale scopo l'Azienda definisce:

- Cosa deve essere monitorato e misurato, inclusi i processi ed i controlli operativi per il trattamento dei reati;
- I metodi per monitorare, analizzare, misurare, e valutare le prestazioni del MOG, incluso l'andamento dei rischi inerenti alla commissione dei reati nelle aree e nei processi aziendali maggiormente sensibili;
- Quando i monitoraggi e le misurazioni devono essere svolti;
- Chi deve monitorare e misurare;
- Quando i risultati dei monitoraggi e delle misurazioni devono essere analizzati e stimati;
- Chi deve analizzare e stimare tali risultati.

Le informazioni documentate relative ai monitoraggi ed alle misurazioni sono conservate come evidenza delle attività svolte.

**Figure 31 – processo di pianificazione del monitoraggio**



L’Organismo di Vigilanza definisce i monitoraggi da svolgere sul MOG interfacciandosi con i Referente del MOG che provvede alla relativa pianificazione.

## 9.2 AUDIT INTERNI

L’Azienda e l’Organismo di Vigilanza da questa istituito svolgono audit interni a intervalli programmati al fine di fornire informazioni se il MOG:

- a) È conforme a:
  1. Ai requisiti definiti dall’Azienda;
  2. Ai requisiti delle prescrizioni normative richiamate dal d.lgs. 231/01;
- b) È efficacemente implementato e mantenuto.

Il processo di audit fa riferimento allo standard UNI EN ISO 19011:2011 “Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione”.

**Figure 32 – processo audit interno e relative informazioni documentate**



A tale scopo l’Azienda e l’Organismo di Vigilanza provvedono a:

- a) Pianificare, stabilire, implementare e mantenere un programma di audit che includa frequenza, metodi, responsabilità, requisiti per la pianificazione ed il reporting. Il programma di audit prende in considerazione l’importanza dei processi coinvolti ed il risultato dei precedenti audit.
- b) Definire i criteri di audit e lo scopo di ogni audit;
- c) Selezionare gli auditor e condurre gli audit in modo tale da assicurare imparzialità e oggettività del processo di audit;
- d) Assicurare che i risultati degli audit siano riportati alla Direzione;
- e) Mantenere informazioni documentate come evidenza del programma di audit e degli audit svolti.

Il programma di audit è definito e riesaminato in modo da essere ragionevole, proporzionato e commisurato al rischio. In sede di programmazione sono considerati:

1. Audit finalizzati a valutare la conformità (“compliance”) alle prescrizioni normative applicabili al contesto aziendale;
2. Audit finalizzati a verificare la corretta applicazione dei controlli operativi inerenti i processi e le aree organizzative maggiormente “sensibili” ai rischi di commissione dei reati richiamati dal d.lgs. 231/01.

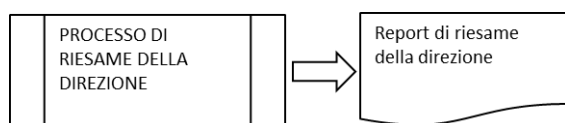
## 9.3 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

La Direzione riesamina il MOG a intervalli pianificati per assicurare la sua adeguatezza, applicabilità ed efficacia. Il riesame include:

- a) Lo stato delle azioni dai precedenti riesami della direzione;
- b) Cambiamenti nel contesto di riferimento interno ed esterno che possono essere rilevanti per il MOG;
- c) Ritorni sulle prestazioni del MOG, inclusi andamenti:
  1. Degli incidenti, delle non conformità e delle azioni correttive;
  2. Dei Risultati dei monitoraggi e delle misurazioni;
  3. Dei Risultati degli audit;
  4. Del Perseguimento degli obiettivi per la prevenzione dei reati;
- d) Ritorni delle parti interessate;
- e) Risultati della valutazione dei rischi e stato del piano di trattamento dei rischi;
- f) Opportunità per il miglioramento continuo.

Gli elementi in uscita del riesame della direzione includono le decisioni relative alle opportunità di miglioramento continuo e ogni esigenza di cambiamento del MOG.

**Figure 33 – processo riesame della direzione e relative informazioni documentate**



## 9.4 RIESAME DA PARTE DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

La Direzione riesamina il MOG a intervalli pianificati per assicurare la sua adeguatezza, applicabilità ed efficacia. L'OdV a intervalli periodici o a fronte di eventi significativi (segnalazioni di gravi e ripetute violazioni o non conformità, variazioni del contesto aziendale) provvede a riesaminare l'adeguatezza del MOG adottato dall'Azienda.

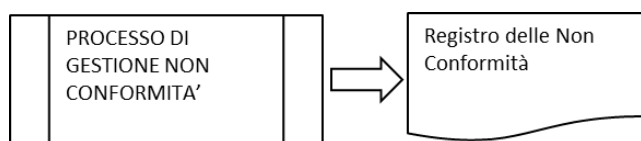
# 10. MIGLIORAMENTO DEL MOG

## 10.1 NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

L'Azienda gestisce in modo sistematico e puntuale le non conformità relativi al MOG adottato. Nel concetto di "non conformità" sono ricompresi tutti i mancati rispetti di requisiti applicabili al MOG, incluso il rispetto del Codice Etico e dei controlli operativi predisposti dall'Azienda stessa. Quando accade una non conformità, l'Azienda provvede a:

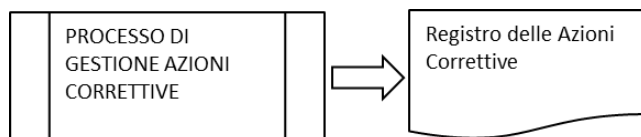
- a) Rispondere alla non conformità o all'incidente, per quanto possibile:
  1. Introducendo azioni per controllarli e correggerli;
  2. Gestirne le conseguenze.

**Figure 34 – processo gestione non conformità e relative informazioni documentate**



- b) Valutare l'esigenza di azioni per eliminare le cause delle non conformità al fine che questi non riaccadano o riaccadano in altri contesti, mediante:
  - 1. Riesaminare le non conformità;
  - 2. Determinare le cause delle non conformità;
  - 3. Determinare se non conformità simili possano accadere di nuovo;
- c) Implementare qualsiasi azione richiesta;
- d) Riesaminare l'efficacia di ogni azione correttiva presa;
- e) Fare cambiamenti al MOG, se necessario;

**Figure 35 – processo gestione azioni correttive e relative informazioni documentate**



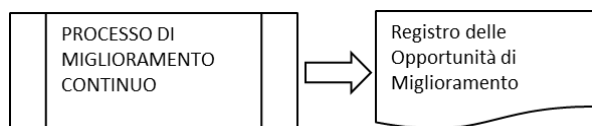
L'Azienda conserva informazioni documentate relativamente a:

- f) La natura della non conformità e le conseguenti azioni intraprese;
- g) I risultati di ogni azione correttiva.

## 10.2 MIGLIORAMENTO CONTINUO

L'Azienda opera per migliorare continuamente la manutenibilità, l'adeguatezza e l'efficacia MOG mediante individuazione delle opportunità di miglioramento rilevate in sede di attuazione e controllo del MOG stesso.

**Figure 36 – processo miglioramento continuo e relative informazioni documentate**



*\*-\* fine del documento \*-\**