

MODELLO
DI
ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO
EX D.LGS. 231/2001

PARTE GENERALE

Sommario

1. Il D.lgs. n. 231/2001	4
1.1. I reati da cui discende la responsabilità dell'ente.....	4
1.2. Il sistema sanzionatorio	5
1.3. L'istituto del tentativo	7
1.4. I destinatari della normativa.....	7
1.5. L'esimente di cui all'art. 6 del D.lgs. 231/2001. Le modifiche apportate all'art. 6 ad opera della L. 179/2017 e del D.lgs. 24/2023 (Whistleblowing).....	7
1.6. Le vicende modificative dell'ente.....	10
1.7. Le linee-guida di Confindustria	10
2. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo di Studio Radiologico S.r.l.	11
2.1. Studio Radiologico S.r.l.....	11
2.2. 2.2. La scelta dell'adozione del Modello da parte di Studio Radiologico S.r.l. ...	11
2.3. Processo di <i>risk assessment</i>	13
2.4. L'adozione del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo	14
2.5. Le componenti del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo	14
2.6. I destinatari del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo.....	16
3. Il sistema organizzativo di Studio Radiologico S.r.l.	16
4. Deleghe e procure	17
5. Il Codice etico	17
6. Il sistema disciplinare.....	18
6.1. Principi generali	18
6.2. I provvedimenti sanzionatori	18
6.3. Tipologia delle sanzioni e destinatari	19
6.4. Nullità delle sanzioni	19
7. Altre misure di tutela	19
7.1. Misure nei confronti del <i>management</i> e del Revisore unico	19
7.2. Misure nei confronti dei collaboratori esterni	19
8. Diffusione del MOGC e formazione	20
8.1. Modalità di diffusione	20
8.2. Diffusione del MOGC verso l'esterno	21
9. Organismo di vigilanza	21

9.1.	Composizione	21
9.2.	Requisiti soggettivi dell'Organismo di vigilanza	23
9.3.	Cause di incompatibilità	23
9.4.	Nomina dell'Organismo di vigilanza	25
9.5.	Attività dell'Organismo di vigilanza	25
9.6.	Doveri dell'Organismo di vigilanza	26
9.7.	Dotazioni dell'Organismo di vigilanza	27
9.8.	Riepilogo	27
10.	Flussi informativi	28
10.1.	Obblighi di trasmissione informativa verso l'Organismo di vigilanza	28
10.2.	Modalità e formalità delle informative	29
11.	Definizioni	29

1. Il D.lgs. n. 231/2001

Il D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231 (di seguito anche “Decreto 231”), di attuazione della Legge 29 settembre 2000, n. 300, ha introdotto nel nostro ordinamento la responsabilità amministrativa degli Enti, coinvolgendo nella punizione di taluni illeciti penali il patrimonio degli stessi e, quindi, gli interessi economici dei soci. L’innovazione normativa è rilevantissima: infatti, né l’ente, né le persone fisiche che ad esso fanno riferimento possono dirsi estranei al procedimento penale per reati commessi a vantaggio o nell’interesse dell’ente medesimo.

Con l’entrata in vigore del Decreto 231 si è adeguata la normativa interna in materia di responsabilità delle persone giuridiche alle convenzioni internazionali a cui l’Italia aveva già da tempo aderito: la Convenzione di Bruxelles della Comunità Europea del 26 luglio 1995, sulla tutela degli interessi finanziari; la Convenzione di Bruxelles del 26 maggio 1997, sulla lotta alla corruzione; la Convenzione OCSE del 17 dicembre 1997, sulla lotta alla corruzione di pubblici ufficiali stranieri nelle operazioni economiche e internazionali.

Il Giudice penale competente per i reati commessi dalle persone fisiche è quindi divenuto anche il giudice che deve accertare le violazioni riferibili all’ente. Tale ultimo elemento e l’espressa estensione all’ente di tutte le garanzie previste per l’imputato consentono di affermare che trattasi, sostanzialmente, di “responsabilità penale delle aziende”, nonostante il richiamo nell’ordinamento italiano al principio della responsabilità amministrativa dell’Ente. Il criterio di rilevanza penale delle fattispecie di reato attribuibili all’Ente è quello dell’interesse o del vantaggio in capo all’Ente stesso.

1.1. I reati da cui discende la responsabilità dell’ente

La disciplina in esame si applica solo ad alcune tipologie di reato, analiticamente descritte nel documento “Catalogo reati” allegato al presente Modello, così come previsti dalla disciplina di riferimento. Lo scenario appena descritto è destinato a mutare, in quanto, dalla sua entrata in vigore, il Decreto si è via via arricchito di nuove fattispecie di reato da cui discende la responsabilità amministrativa degli Enti, per cui si assisterà ancora alla introduzione di nuovi illeciti con conseguente necessità di intervento sul presente Modello.

L’ente è ritenuto responsabile anche se il reato viene posto in essere nella forma del tentativo. In tal caso, ai sensi dell’art. 26, le sanzioni pecuniarie e interdittive *“sono ridotte da un terzo alla metà in relazione alla commissione, nelle forme del tentativo, dei delitti indicati nel presente capo del decreto”*. Al secondo comma del medesimo articolo si precisa, altresì, che *“l’ente non risponde quando volontariamente impedisce il compimento dell’azione o la realizzazione dell’evento”*.

1.2. Il sistema sanzionatorio

Le sanzioni applicabili all'ente, in ipotesi di commissione da parte di un soggetto facente capo allo stesso di uno dei reati per i quali è prevista l'applicazione della disciplina in oggetto, sono pecuniarie e interdittive, oltre alla confisca e alla pubblicazione della sentenza. Le sanzioni pecuniarie si applicano sempre attraverso un sistema di quote, il cui importo è stabilito dal giudice in relazione a determinati parametri, tra cui la gravità del fatto e il grado di responsabilità dell'ente. Il Decreto 231 prevede a carico degli enti, in conseguenza della commissione o tentata commissione dei c.d. reati-presupposto della responsabilità in parola, una serie articolata di sanzioni classificabili in quattro tipologie.

(A) Sanzioni pecuniarie

Si applicano ogniqualvolta venga accertata la responsabilità della persona giuridica e sono determinate dal giudice penale attraverso un sistema basato su "quote". Nell'ambito di un minimo e di un massimo di quote indicate dal legislatore per ciascun reato nonché del valore da attribuire ad esse, il giudice penale stabilisce l'ammontare delle sanzioni pecuniarie.

(B) Sanzioni interdittive

Possono trovare applicazione per alcune tipologie di reato e per le ipotesi di maggior gravità. Si traducono nell'interdizione dall'esercizio dell'attività aziendale; nella sospensione e nella revoca delle autorizzazioni, delle licenze o delle concessioni funzionali alla commissione dell'illecito; nel divieto di contrattare con la P.A. (salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio); nell'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e nell'eventuale revoca di quelli concessi; nel divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Le sanzioni interdittive non si applicano (o sono revocate, se già applicate in via cautelare¹) qualora l'ente, prima della dichiarazione di apertura del dibattimento di primo grado, abbia:

- risarcito il danno o lo abbia riparato;
- eliminato le conseguenze dannose o pericolose del reato (o, almeno, si sia adoperato in tal senso);
- messo a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, per la confisca, il profitto del reato;
- eliminato le carenze organizzative che hanno determinato il reato, adottando modelli organizzativi idonei a prevenire la commissione di nuovi reati.

(C) Confisca del prezzo o del profitto del reato

Consiste nell'acquisizione del prezzo o del profitto del reato da parte dello Stato o nell'acquisizione di somme di denaro, beni o altre utilità di valore equivalente al prezzo o al

¹ Il D. Lgs. 9 luglio 2004 n. 197 ha inserito nel T.U.B. la nuova Sezione V-bis (Responsabilità per illecito amministrativo dipendente da reato), che contiene un solo articolo (97-bis) che vieta l'applicazione, in via cautelare, delle sanzioni dell'interdizione dall'esercizio dell'attività, della sospensione/revoca delle autorizzazioni e del commissariamento giudiziale ex art 15 D. Lgs. 231/2001. Stessa soluzione viene operata dal D. Lgs. 197/2004 per il T.U.F., che viene novellato con l'aggiunta di un nuovo art 60-bis (Responsabilità delle SIM, delle SGR e delle SICAV per illecito amministrativo dipendente da reato).

profitto del reato; non investe, tuttavia, quella parte del prezzo o del profitto del reato che può restituirsi al danneggiato. La confisca è sempre disposta con la sentenza di condanna.

(D) Pubblicazione della sentenza di condanna

Consiste nella pubblicazione della sentenza di condanna in uno o più giornali indicati dal Giudice nella sentenza, nonché mediante affissione nel Comune ove l'ente ha la sede principale. Può essere inflitta come pena accessoria nel caso in cui vengano irrogate sanzioni interdittive.

La durata delle sanzioni è fissata dall'art. 13, co. 2, del Decreto 231, da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni. Con il nuovo comma 5 dell'art. 25, è stato previsto l'aumento delle soglie edittali delle sanzioni interdittive per i delitti di concussione, corruzione propria, corruzione in atti giudiziari, induzione indebita a dare o promettere utilità e istigazione alla corruzione propria, differenziando il quantum sulla base del ruolo ricoperto all'interno dell'ente dal soggetto che ha commesso il delitto. Dunque, per tali reati, in caso di condanna la durata potrà essere stabilita da un minimo di 4 anni ad un massimo di 7 anni per gli illeciti commessi da coloro che rivestono un ruolo apicale e da 2 a 4 anni per gli illeciti compiuti da persone sottoposte alla vigilanza o al controllo di questi ultimi.

Viene, tuttavia, prevista una riduzione delle sanzioni interdittive, nel minimo stabilito dall'art. 13, co. 2, agli enti che si attivino per eliminare le conseguenze del reato. È stato introdotto, infatti, l'istituto del ravvedimento operoso con l'aggiunta del comma 5 bis all'art. 25 del Decreto 231. Avranno uno sconto di pena gli enti che, prima della sentenza di primo grado, si adoperino per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, per assicurare le prove dei reati e per l'individuazione dei responsabili ovvero per il sequestro delle somme o altre utilità trasferite e abbiano eliminato le carenze organizzative che hanno determinato il reato mediante l'adozione e l'attuazione di modelli organizzativi idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Tali sanzioni, su richiesta del Pubblico Ministero, qualora ricorrano gravi indizi di responsabilità dell'ente e il concreto pericolo di reiterazione dell'illecito, sono applicabili dal giudice anche in via cautelare.

Nel disporre le misure cautelari il giudice ne determina la durata che, a seguito della Novella Legislativa n. 3/2019, non può superare un anno. Dopo la sentenza di condanna di primo grado, invece, la misura cautelare – eventualmente applicata – potrà avere la stessa durata della corrispondente sanzione applicata, ma, in ogni caso, non potrà superare un anno e quattro mesi.

Parimenti applicabili dal giudice sono il sequestro preventivo sui beni suscettibili di confisca e il sequestro conservativo in ipotesi di pericolo di dispersione delle garanzie per gli eventuali crediti dello Stato (spese di giustizia, sanzioni pecuniarie).

La pubblicazione della sentenza è, ai sensi dell'art. 18 del Decreto 231, una sanzione eventuale e può essere disposta nel caso in cui all'ente sia comminata una sanzione interdittiva. La

pubblicazione della sentenza avviene su uno o più giornali, nonché mediante affissione nel Comune ove l'ente ha la propria sede principale.

È peraltro utile ricordare come l'art. 23 del Decreto 231 punisce l'inosservanza delle sanzioni interdittive, che si realizza qualora all'ente sia applicata una sanzione o una misura cautelare interdittiva e lo stesso trasgredisca agli obblighi o ai divieti ad esse inerenti.

1.3. L'istituto del tentativo

È altresì utile sottolineare che l'art. 4 del D. Lgs. 231/2001 si occupa dei reati commessi all'estero nel caso in cui l'ente abbia la sede principale in Italia. Nello specifico, tale norma ha costruito come recessiva la giurisdizione dello Stato italiano in tutti i casi in cui nei confronti dell'ente proceda lo Stato del *locus commissi delicti*. Inoltre, ha previsto una esplicita richiesta del Ministro della Giustizia in tutti i casi in cui, ai sensi degli articoli 9 e 10 del Codice penale, tale richiesta debba essere formulata nei confronti della persona fisica.

1.4. I destinatari della normativa

L'articolo 1 co. 2° del Decreto indica quali soggetti destinatari della normativa “*gli enti forniti di personalità giuridica, le società fornite di personalità giuridica e le società e le associazioni anche prive di personalità giuridica*”, disciplina cui non sottostanno lo Stato, gli enti pubblici territoriali e gli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale. Questa nuova responsabilità sorge soltanto in occasione della realizzazione dei reati sopra indicati da parte di soggetti legati a vario titolo all'ente e solo nell'ipotesi in cui la condotta illecita sia stata realizzata nell'interesse o a vantaggio di esso. Dunque, non soltanto allorché il comportamento illecito abbia determinato un vantaggio, patrimoniale o meno, per l'ente, ma anche nell'ipotesi in cui, pur in assenza di tale concreto risultato, il fatto-reato trovi ragione nell'interesse dell'ente.

1.5. L'esimente di cui all'art. 6 del D.lgs. 231/2001. Le modifiche apportate all'art. 6 ad opera della L. 179/2017 e del D.lgs. 24/2023 (Whistleblowing)

L'articolo 6 contempla una forma di esonero da responsabilità se si dimostra, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, che l'ente ha adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione, gestione e controllo (*alias* MOGC) idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati. Il sistema prevede la costituzione di un Organo di controllo interno all'ente con il compito di vigilare sull'efficacia reale del Modello.

L'esonero dalle responsabilità dell'ente passa attraverso il giudizio d'idoneità del sistema interno di organizzazione e controllo, che il Giudice penale è chiamato a formulare in occasione di un procedimento penale a carico dell'autore materiale del fatto illecito. Quindi, obiettivo di questi modelli di organizzazione, gestione e controllo, è l'esito positivo di tale giudizio di idoneità: facilita l'applicazione dell'esimente, soprattutto in termini probatori, la documentazione scritta

dei vari passaggi posti in essere in vista della costruzione del Modello. La mancata attuazione di tali Modelli, pur non essendo obbligatoria, espone l'ente alla responsabilità per gli illeciti realizzati da amministratori o dipendenti.

Peraltro, i soci potrebbero addirittura esperire azione di responsabilità nei confronti degli amministratori inerti che, non avendo adottato il modello, abbiano impedito all'ente di usufruire del meccanismo di esonero dalla responsabilità.

Il legislatore, modificando l'art. 6 del D. Lgs. 231/2001, prescrive ulteriori requisiti di idoneità del modello organizzativo, affinché possa essere esclusa la responsabilità amministrativa dell'ente nel caso in cui un soggetto apicale o subordinato abbia commesso un reato nel suo interesse o vantaggio. A ciò si aggiunga che la Legge n. 179/2017 ha introdotto la disciplina del c.d. *whistleblowing* – istituto di origine anglosassone nato per tutelare in primis i dipendenti pubblici autori di segnalazioni di illeciti in funzione anticorruzione – modificando il testo dell'art. 6 del D. Lgs. 231/01, e prevedendo l'operatività di tale istituto anche nel settore privato. In particolare, la legge in questione aveva introdotto un nuovo comma 2 bis prevedendo nuova forma di tutela anche nel settore privato per il dipendente che segnala le condotte illecite di cui è venuto a conoscenza per ragioni di ufficio. Lo stesso comma è stato poi nuovamente modificato ad opera del D.lgs. n. 24/2023.

È opportuno dar conto della successione normativa in questione.

A norma del vecchio comma 2 bis, i modelli di organizzazione, gestione e controllo avrebbero dovuto prevedere quanto segue:

- a) uno o più canali che consentano ai soggetti indicati nell'articolo 5, comma 1, lettere a) e b), di presentare, a tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite, rilevanti ai sensi del presente decreto e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti, o di violazioni del modello di organizzazione e gestione dell'ente, di cui siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte; tali canali garantiscono la riservatezza dell'identità del segnalante nelle attività di gestione della segnalazione;*
- b) almeno un canale alternativo di segnalazione idoneo a garantire, con modalità informatiche, la riservatezza dell'identità del segnalante;*
- c) il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione;*
- d) nel sistema disciplinare adottato ai sensi del comma 2, lettera e), sanzioni nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante, nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni che si rivelano infondate”.*

A tenore del nuovo comma 2 bis, come recentemente modificato, i MOGC:

- “prevedono, ai sensi del decreto legislativo attuativo della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, i canali di segnalazione interna, il divieto di ritorsione e il sistema disciplinare, adottato ai sensi del comma 2, lettera e)”.*

Occorre dunque chiedersi quale sia la disciplina oggi applicabile alla materia de qua. Ebbene, come si è detto, il D.lgs. n. 24/2023 ha recepito la Direttiva (UE) 2019/1937 riformando la materia del *whistleblowing*. La portata della disciplina in questione è molto più ampia rispetto al passato, estendendo l'obbligo di dotarsi di un sistema di segnalazione delle violazioni diritto nazionale e sovranazionale:

- non solo agli enti pubblici; ma altresì
- agli enti privati che nell'ultimo anno abbiano impiegato in media almeno 50 lavoratori subordinati, a prescindere dal settore di appartenenza;
- a quelli che rientrano nell'ambito di applicazione del diritto sovranazionale in materia di servizi, prodotti e mercati finanziari, prevenzione del riciclaggio e finanziamento del terrorismo, sicurezza dei trasporti e tutela dell'ambiente, a prescindere dal numero dei dipendenti impiegati; nonché infine
- agli enti privati che abbiano adottato i MOGC, anche se nell'ultimo anno non hanno raggiunto la media di 50 lavoratori subordinati.

Da questo punto di vista, rilevante è la disposizione dell'art. 4 co. 2 D.lgs. n. 24/2023, a norma del quale la gestione degli obbligatori canali di segnalazione *whistleblowing* possa essere affidata a una persona o a un ufficio interno, purché dotato di autonomia e di personale competente in materia, oppure a un soggetto esterno, anch'esso beninteso autonomo e con personale specificamente formato.

L'individuazione di tale soggetto rimane dunque nel margine di apprezzamento dell'ente, che nondimeno, ove abbia adottato anche il MOGC, è tenuto a indicare espressamente al suo interno il soggetto o l'ufficio preposto per ricevere le segnalazioni.

Sotto questo profilo, Studio Radiologico S.r.l. ha individuato come soggetto gestore delle segnalazioni *whistleblowing* l'Organismo di vigilanza. Per ulteriori dettagli si rinvia alla Procedura aziendale in materia di *whistleblowing*, approvata il 09/06/2021 da considerarsi parte integrante del presente documento.

Per quanto qui maggiormente rileva, e come espressamente previsto dalla Procedura poco sopra richiamata, il gestore delle segnalazioni, una volta ricevuta sulla propria casella e-mail l'avviso della ricezione di una segnalazione, avrà l'obbligo di informare l'Organismo di vigilanza nel caso in cui la segnalazione riguardi una violazione del Modello Organizzativo o la commissione di illeciti che possano coinvolgere la responsabilità dell'ente ai sensi del Decreto, previa richiesta ed ottenimento del consenso da parte del segnalante.

È infine importante rilevare che, sempre così come previsto dalla medesima Procedura, l'ente ha attivato diversi strumenti di comunicazione per informare tutti i soggetti legittimati sulle modalità di segnalazione *whistleblowing*.

1.6. Le vicende modificative dell'ente

Il Decreto 231 disciplina, inoltre, il regime della responsabilità patrimoniale dell'ente per le sanzioni irrogate con riferimento alle vicende modificative, quali la trasformazione, la fusione, la scissione e la cessione d'azienda. In particolare, in caso di trasformazione, l'ente "trasformato" rimane responsabile anche per i reati commessi anteriormente alla data in cui la trasformazione ha avuto effetto. Per quanto concerne la fusione, anche per incorporazione, l'ente risultante dalla fusione risponde anche dei reati di cui erano responsabili gli enti partecipanti alla fusione stessa.

In linea generale, in caso di scissione parziale, l'ente scisso rimane responsabile per i reati commessi anteriormente alla data in cui la scissione ha avuto effetto. Gli enti beneficiari della scissione diventano solidalmente responsabili per il pagamento delle sanzioni pecuniarie irrogate all'ente scisso, nel limite del valore effettivo del patrimonio netto trasferito.

Per quanto riguarda la fattispecie di scissione o conferimento d'azienda, il D.lgs. 231/2001 prevede una disciplina unitaria. In particolare, in caso di cessione d'azienda, il cessionario è solidalmente responsabile con il cedente per le sanzioni pecuniarie irrogate in relazione ai reati commessi nell'ambito dell'azienda ceduta, nel limite del valore trasferito e delle sanzioni risultanti dai libri contabili obbligatori ovvero delle sanzioni dovute per illeciti dei quali il cessionario era comunque a conoscenza. È comunque fatto salvo il beneficio della preventiva escussione dell'ente cedente.

1.7. Le linee-guida di Confindustria

Il Decreto, all'articolo 6, comma 3, ha previsto che i modelli possano essere adottati sulla base di codici di comportamento redatti dalle associazioni rappresentative degli enti e comunicati al Ministero della Giustizia. Sulla scorta di tale disposizione, tutte le principali associazioni di categoria hanno approvato e pubblicato dei propri codici di comportamento.

In merito alle linee guida delle associazioni di categoria, il D.M. 26 giugno 2003 n. 201 ("Regolamento recante disposizioni regolamentari relative al procedimento di accertamento dell'illecito amministrativo delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica") ribadisce che le associazioni rappresentative degli enti comunicano al Ministero della Giustizia i codici di comportamento contenenti indicazioni specifiche e concrete di settore per l'adozione e per l'attuazione dei Modelli di organizzazione e di gestione previsti e disciplina espressamente che, decorsi trenta giorni dalla data di ricevimento da parte del Ministero della Giustizia del codice di comportamento senza che siano state formulate osservazioni, il codice di comportamento acquista efficacia.

In particolare, appare opportuno ricordare che Confindustria ha proceduto ad un importante aggiornamento delle proprie linee-guida, emanate nel 2002 e già modificate nel 2004 e nel 2014, approvato dal Ministero l'8 giugno 2021.

Nel settembre 2023, in occasione della modifica ad opera del D. Lgs. n. 24/2023 della disciplina del *Whistleblowing*, Confindustria ha emanato una nota illustrativa con le prime considerazioni in materia, e alcune proposte applicative.

2. Il Modello di organizzazione, gestione e controllo di Studio Radiologico S.r.l.

2.1. Studio Radiologico S.r.l.

L'attività di Studio Radiologico S.r.l. è puntualmente descritta nel suo oggetto sociale, invero la gestione di presidi e strutture sanitarie, anche poliambulatoriali, case di cura, cliniche private, *day hospital*, *day surgery* ed affini. L'ente, in buona sostanza, eroga, mediante professionisti qualificati e sotto la sorveglianza del Direttore sanitario, prestazioni sanitarie a scopo diagnostico, curativo, preventivo e riabilitativo, nonché di medicina estetica e medicina non convenzionale.

Altresì, Studio Radiologico S.r.l. può svolgere attività collaterali e connesse a quelle *ut supra*. La società può inoltre svolgere attività di gestione di case-vacanze, di *residence*, di uffici di rappresentanza, di promozione ed assistenza per operatori, di analisi di mercato, nonché di commercio di attrezzature e materiale radiografico.

Va sottolineato, infine, che la società può compiere operazioni finanziarie connesse alle attività di cui sopra.

2.2. La scelta dell'adozione del Modello da parte di Studio Radiologico S.r.l.

Al fine di assicurare la correttezza nella conduzione delle attività aziendali e con l'obiettivo di diffondere e promuovere l'integrità e la trasparenza, Studio Radiologico S.r.l. ha ritenuto opportuno recepire le indicazioni del D.lgs. 231/01 e dotarsi di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (di seguito anche "MOGC") atto a prevenire il rischio di commissione di reati contemplati dal Decreto 231. La decisione di adottare il Modello è stata attuata nell'intento di tutelare la propria immagine, gli interessi e le aspettative dei dipendenti e del pubblico e di sensibilizzare tutti i collaboratori e tutti coloro che operano in nome e per conto di Studio Radiologico S.r.l. all'adozione di comportamenti corretti al fine di evitare la commissione di reati.

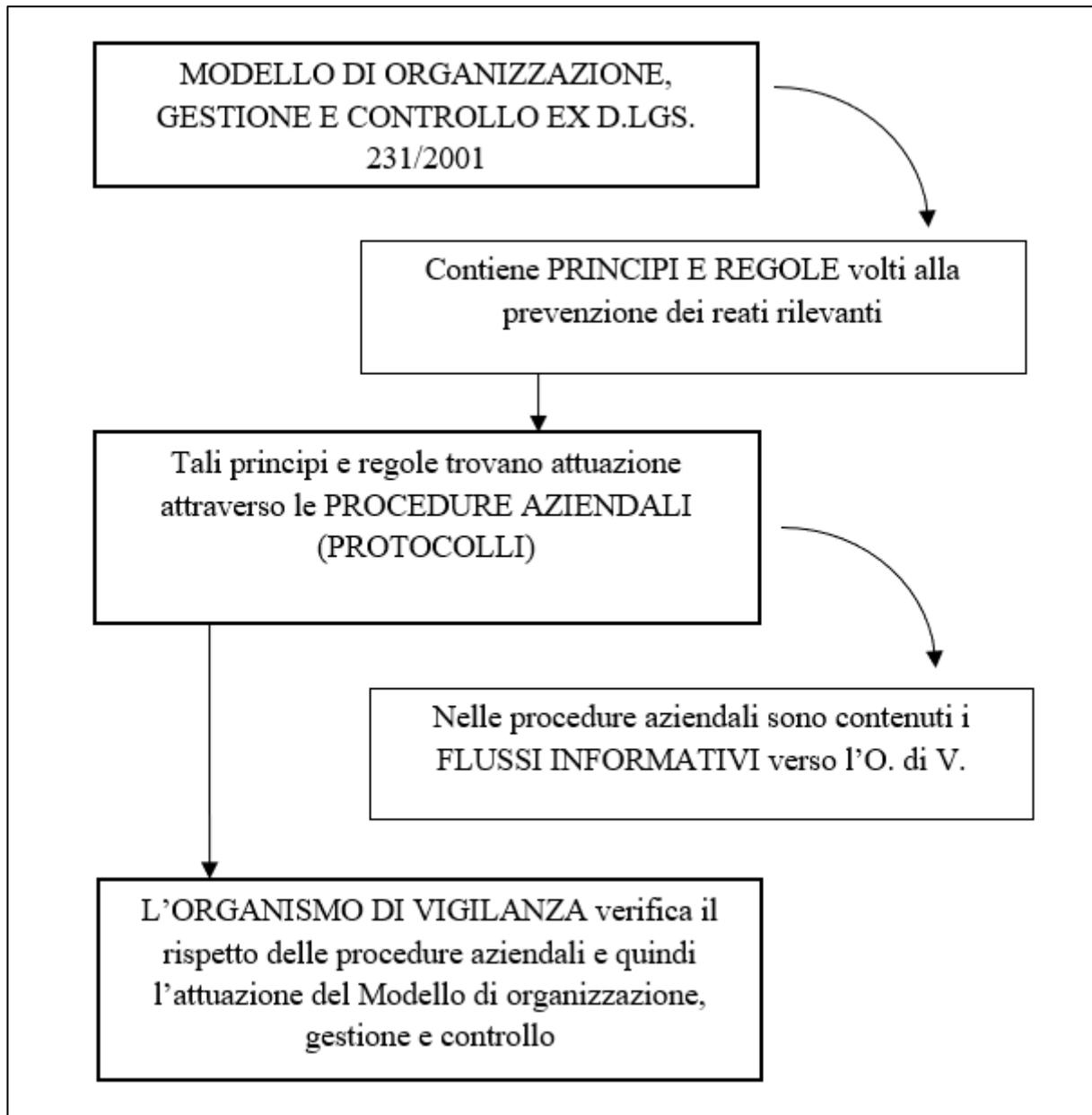
I principi posti a fondamento del MOGC devono:

- (a) rendere consapevole il potenziale autore del reato di commettere un illecito contrario ai principi e agli interessi di Studio Radiologico S.r.l., anche quando, apparentemente, l'illecito stesso procurerebbe un vantaggio all'ente;
- (b) permettere di monitorare le attività sensibili e intervenire per prevenire la commissione del reato ed eventualmente rinforzare il sistema di controllo interno modificando le procedure, i livelli autorizzativi o i sistemi di supporto.

Il presente Modello è stato predisposto da Studio Radiologico S.r.l. secondo i dettami del Decreto 231. Sono state identificate le aree a rischio di commissione di reati ai sensi del Decreto 231 attraverso l'analisi delle attività svolte, delle procedure esistenti, delle prassi, dei livelli autorizzativi. Per le aree a rischio sono stati definiti adeguati sistemi di controllo interno al fine di prevenire la commissione di reati e sono state redatte delle idonee procedure organizzative.

È stato istituito un Organismo di Vigilanza (OdV), al quale è stato attribuito il compito di vigilare sulla corretta applicazione del modello attraverso il monitoraggio delle attività e la definizione dei flussi informativi dalle aree sensibili. Sono stati attribuiti a tale Organismo e ai vertici aziendali compiti e poteri tali da garantire l'effettiva vigilanza sull'applicazione e l'adeguatezza del modello anche ai fini della configurazione dell'esimente. È stato previsto, in conformità alla normativa esistente in materia, un sistema disciplinare da applicare in caso di violazione del modello.

È stata avviata un'opera di formazione e sensibilizzazione a tutti i livelli aziendali sulle procedure e sull'adesione alle regole comportamentali previste dal modello.



2.3. Processo di *risk assessment*

In ossequio alle linee-guida di Confindustria e alle best practices nazionali ed internazionali, la redazione del Modello Organizzativo è stata preceduta da una preliminare attività di *risk assessment* che ha interessato l'analisi in concreto della tipologia di ente cui Studio Radiologico S.r.l. può essere ricondotta, del suo contesto operativo interno, della sua struttura organizzativa, dell'articolazione territoriale, delle dimensioni, del settore economico, dell'area geografica e di quanto altro considerato rilevante ai fini dello stesso (vedi, in questo senso, anche il contenuto della "Mappatura dei rischi ai sensi del d.lgs. 231/01", documento facente parte integrante, unitamente alla presente Parte Generale, del MOGC).

Le analisi svolte hanno avuto il seguente *output*:

- mappatura dei processi “a rischio”;
- elenco rischi potenziali (per ogni processo);
- analisi del sistema di controllo preventivo esistente;
- sistema di controllo in grado di prevenire i rischi, cioè il Modello di organizzazione, gestione e controllo.

2.4. L’adozione del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo

Completata la fase di *risk assessment*, condotta secondo le modalità in precedenza indicate, la *governance* ha deliberato l’adozione del presente Modello Organizzativo in data 18/12/2024.

Il MOGC, i cui principi cardine sono compendiate nel presente documento, è, più precisamente, costituito dal complesso strutturato dei sistemi (o protocolli) di controllo vigenti in seno all’ente e volti a prevenire il rischio di commissione dei reati richiamati nel Decreto 231. In quest’ottica, il Modello ha quale obiettivo principale la predisposizione e l’implementazione dei controlli e delle cautele (presidi organizzativi) idonee(i) sia a consentire lo svolgimento dell’attività dell’ente nel rispetto della legge, sia a individuare ed eliminare tempestivamente i fattori di rischio (commissione reato) che dovessero insorgere.

2.5. Le componenti del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo

Il Modello Organizzativo di Studio Radiologico S.r.l., come appena detto, è costituito dal complesso strutturato dei protocolli di controllo vigenti in seno all’ente: più precisamente, si tratta di un “sistema”, inteso quale insieme di elementi, che, pur distinti, sono integrati ed organizzati così da interagire e formare un unico complesso organico.

I protocolli di controllo, operando in regime di reciproco rapporto funzionale, contribuiscono al conseguimento di un determinato scopo, cioè la prevenzione del rischio di commissione dei reati richiamati dal Decreto 231.

I sistemi di controllo interno in atto si basano sui principi di:

- (a) adeguata tenuta documentale e tracciabilità delle operazioni rilevanti;
- (b) partecipazione di più soggetti agli incontri con le Pubbliche Amministrazioni;
- (c) formalizzata separazione delle funzioni per evitare la concentrazione su un unico soggetto della gestione di un intero processo;
- (d) predisposizione di canali, interni o esterni, con cui veicolare i diversi tipi di segnalazioni agli organi specificatamente individuati;
- (e) idonei requisiti di indipendenza, autonomia, professionalità e continuità d’azione dell’Organismo di vigilanza;
- (f) obbligo di comunicazione periodica di informazioni rilevanti dalle singole funzioni aziendali all’Organismo di vigilanza;

(g) applicazione di sanzioni per la violazione delle norme previste dal Modello.

Il Modello di Studio Radiologico S.r.l. si caratterizza, quindi, per essere, in primo luogo, un sistema strutturato, poiché i differenti protocolli sono costruiti, articolati ed organizzati secondo un ordine ben preciso, rispondente alle finalità sopra indicate; in secondo luogo, un sistema in continua evoluzione, in quanto costantemente monitorato e, qualora necessario o opportuno, integrato al fine di garantirne la costante adeguatezza rispetto alle effettive esigenze dell'ente.

I protocolli di controllo che compongono il modello (di seguito, complessivamente indicati quali "Protocolli") sono:

- (a) il sistema organizzativo (attribuzione di responsabilità, linee di dipendenza gerarchica, descrizione dei compiti, sistemi premianti dei dipendenti);
- (b) il sistema di deleghe e procure;
- (c) le procedure aziendali;
- (d) il controllo di gestione (tempestiva segnalazione di situazioni critiche, processi di *risk assessment*);
- (e) il sistema di controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- (f) il Codice etico;
- (g) il Sistema disciplinare;
- (h) la comunicazione e la formazione.

L'integrazione di tali componenti è attuata organicamente in un'architettura del sistema che rispetta una serie di principi di controllo, la cui esatta attuazione dovrà essere documentata, così come specificato nelle diverse Parti speciali del Modello.

Ad integrare ulteriormente i protocolli già menzionati vi è poi l'attività dell'Organismo di vigilanza, al quale sono stati assegnati i compiti di vigilanza sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché di cura del suo aggiornamento. Al fine di consentire una più agevole lettura del MOGC, è stato predisposto il presente documento, ossia una Parte Generale che descrive i contenuti e gli impatti del Decreto 231, i principi e gli obiettivi del modello, i compiti dell'Organismo di vigilanza, le attività sensibili, i protocolli per l'adozione, diffusione, aggiornamento e applicazione dei contenuti del modello, nonché la previsione del sistema disciplinare.

Le Parti speciali, organizzate sulla base di una struttura "per classe di reato" (che non tralascia, tuttavia, un riferimento esplicito alle diverse funzioni aziendali di volta in volta coinvolte), sono costituite dalle procedure organizzative elaborate sulla base della mappatura delle aree a rischio individuate, quale output di fase del processo di *risk assessment*. Segnatamente, come meglio chiarito nel documento di mappatura dei rischi, sono state individuate le seguenti aree di rischio:

- (a) Rapporti con la Pubblica Amministrazione;
- (b) Ambiente e sicurezza;
- (c) Ordinaria e straordinaria amministrazione.

2.6. I destinatari del presente Modello di organizzazione, gestione e controllo

I principi e le previsioni del Modello Organizzativo sono rivolti a tutti i soggetti che operano in nome e/o per conto di Studio Radiologico S.r.l. (di seguito, complessivamente indicati quali “Destinatari”), tra i quali, a titolo esemplificativo:

- (a) Consiglio di amministrazione;
- (b) Revisore unico;
- (c) Responsabili delle Direzioni/Aree dell’ente;
- (d) il personale dipendente;
- (e) i soggetti esterni all’ente che operano in nome e/o per conto di quest’ultimo (ad es., rappresentanti, consulenti, professionisti esterni, etc., di seguito anche solo “Terzi Destinatari”).

Tutti i Destinatari sono tenuti al rispetto dei principi e delle previsioni del Modello, incluso quanto previsto dai Protocolli ad esso connessi. L’eventuale mancata conoscenza del Modello non potrà, in alcun caso, essere invocata quale esimente della violazione delle relative previsioni, a fronte di un’attività di informazione e formazione adeguatamente svolta dalla Società.

3. Il sistema organizzativo di Studio Radiologico S.r.l.

Ai fini del Modello organizzativo, assume rilevanza anche la struttura organizzativa di Studio Radiologico S.r.l., illustrata in un apposito “organigramma”, che declina le differenti aree e funzioni in cui si articola l’organizzazione interna e definisce le relative linee di riporto gerarchico.

L’organigramma trova completamente in un puntuale funzionigramma volto ad illustrare i principali compiti riferibili alle risorse operanti nelle differenti aree.

L’organigramma e il funzionigramma sono periodicamente aggiornati in funzione delle eventuali modifiche intervenute nell’ambito della struttura organizzativa. In Studio Radiologico S.r.l. sono identificabili le seguenti funzioni, i cui compiti sono nel prosieguo meglio dettagliati.

- Consiglio di amministrazione
 - Direzione generale
 - Direzione amministrativa;
 - Direzione commerciale, controllo gestione, rapporto con l’esterno (da cui dipende direttamente l’Ufficio sistemi informatici);

dalle due direzioni *ut supra* dipendono le seguenti funzioni:

- Risorse umane
 - ◆ Coordinatore accettazione-prenotazioni-centralino (che si coordina con l’ufficio refertazione)
- Ufficio tecnico

- ◆ Operatori manutentori (che si coordinano con l'area Gestione magazzino, manutenzione e qualità)
 - Ufficio notulazione ASL
 - Forniture ed acquisti, e protocollo
 - ◆ Gestione magazzino, manutenzione e qualità (che si coordina con gli operatori manutentori)
 - Personale ausiliario
 - Settore amministrativo-contabile e protocollo
 - Direzione sanitaria
 - Responsabile RAC -RX
 - Responsabile di RMN
- dai quali a sua volta dipendono: (a) il coordinatore tecnici di TAC-RM-RX-Senologia; e in subordine (b) i tecnici
- Ufficio refertazione (dipendente, altresì, dalle altre due direzioni)
 - Infermieri
 - Consulenti esterni
- V'è poi la Direzione fisioterapia, da cui dipendono:
 - i medici fisiatri
 - il Coordinatore dei fisioterapisti
 - i fisioterapisti

4. Deleghe e procure

Nell'ambito della corretta costruzione del Modello riveste particolare rilievo il sistema delle deleghe e delle procure, il quale per essere efficace deve essere rispettoso delle linee gerarchiche indicate nell'Organigramma e strettamente formalizzato.

Le deleghe e le procure sono sempre formalizzate per iscritto e, ove necessario tramite atti notarili, e sono firmate "per accettazione" dal destinatario.

Le deleghe sono tempestivamente aggiornate e/o modificate in conseguenza di mutamenti organizzativi. Tutti gli atti di delega o conferimento di poteri di firma devono fornire le seguenti indicazioni:

- (a) indicazione del soggetto delegante e fonte del suo potere di delega o procura;
- (b) il soggetto delegato;
- (c) i limiti cui è soggetto la delega;
- (d) la data di conferimento della delega.

5. Il Codice etico

L'ente si è dotato di un Codice etico, che prevede i fondamentali principi etici, vale a dire l'insieme di valori cui l'ente riconosce essenziale importanza ai fini del perseguimento dei propri

obiettivi. Nel Codice etico vengono inoltre elencate le norme di comportamento che i destinatari devono rispettare nell'ambito delle attività svolte in nome e/o per conto di Studio Radiologico S.r.l., nonché il sistema delle segnalazioni e delle sanzioni in caso di violazione del Codice stesso.

6. Il sistema disciplinare

6.1. Principi generali

Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo adottato da Studio Radiologico S.r.l. prevede un adeguato sistema disciplinare, idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello stesso. Il sistema sanzionatorio si basa sul principio che eventuali violazioni del presente Modello costituiscono, come tali, una lesione del rapporto di fiducia instaurato tra il soggetto interessato e l'ente, a prescindere dalla rilevanza esterna di tali fatti. In particolare, le regole di comportamento previste dal presente Modello, poiché oggetto di adeguata diffusione e pubblicazione all'interno della struttura, sono vincolanti per tutti i dipendenti e, pertanto, le violazioni di tali regole possono determinare l'avvio di procedimenti disciplinari.

L'applicazione delle sanzioni disciplinari prescinde dall'esito di un eventuale procedimento penale, in quanto le regole di condotta imposte dal Modello sono assunte dall'ente in piena autonomia ed indipendentemente dalla tipologia di illecito che le violazioni del Modello stesso possano determinare.

Ai procedimenti disciplinari saranno applicate le garanzie procedurali previste dal Codice civile, dallo Statuto dei Lavoratori (L. n. 300/70) e dalle specifiche disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) applicati a Studio Radiologico S.r.l.

Il tipo e l'entità delle sanzioni saranno applicate in relazione a:

- (a) intenzionalità del comportamento o grado di negligenza, imprudenza o imperizia con riguardo anche alla prevedibilità dell'evento;
- (b) comportamento complessivo del dipendente, con particolare riguardo alla sussistenza o meno di precedenti disciplinari del medesimo;
- (c) posizione organizzativa delle persone coinvolte nei fatti costituenti la mancanza e altre particolari circostanze che accompagnano la violazione disciplinare.

L'Organismo di Vigilanza, accertate le eventuali violazioni, le comunica all'organo amministrativo.

6.2. I provvedimenti sanzionatori

I comportamenti sanzionabili sono costituiti da violazioni dei principi del presente Modello, delle prescrizioni riferite al comportamento da tenere nell'effettuazione delle attività sensibili e delle regole di controllo interno previste, in quanto, tali violazioni espongono Studio Radiologico S.r.l. a una situazione di rischio di commissione di uno dei reati previsti dal D.lgs. 231/01.

Provvedimenti sanzionatori sono inoltre previsti nei confronti di chi viola le misure di tutela del segnalante (*whistleblower*), nonché di chi effettua con dolo o colpa grave segnalazioni *ex art. 6*, che si rivelino infondate.

6.3. Tipologia delle sanzioni e destinatari

Le sanzioni irrogabili nei confronti del personale dipendente sono quelle previste dai CCNL applicati dall'azienda ai propri lavoratori. Ogni violazione delle regole del presente Modello applicabili a lavoratori con contratto interinale, collaboratori e fornitori è sanzionata secondo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali inserite nei relativi contratti. Resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni concreti alla Studio Radiologico S.r.l., come nel caso di applicazione alla stessa da parte del Giudice delle misure previste dal D.lgs. 231/01.

6.4. Nullità delle sanzioni

A mente dell'art. 6, comma 2-*bis* del Decreto 231 sono nulle le misure ritorsive o discriminatorie, compreso il licenziamento o l'applicazione di diversa sanzione, assunte nei confronti del soggetto segnalante (*whistleblower*) per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione.

7. Altre misure di tutela

7.1. Misure nei confronti del *management* e del Revisore unico

In caso di accertamento della violazione del Modello 231 da parte di uno dei membri del Consiglio di amministrazione o del Revisore unico, va effettuata comunicazione all'Organismo di vigilanza, dalla persona che la rileva per la valutazione degli opportuni provvedimenti. Nel caso in cui tali comportamenti siano realizzati da parte dell'Organismo di vigilanza in violazione alle regole del modello ed alle procedure, il procedimento disciplinare dovrà essere gestito dal Consiglio di amministrazione.

7.2. Misure nei confronti dei collaboratori esterni

Ogni violazione delle regole del presente Modello applicabili a lavoratori con contratto interinale, collaboratori e fornitori di beni o servizi è sanzionata secondo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali inserite nei relativi contratti. Resta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento derivino danni concreti all'ente, come nel caso di applicazione alla stessa da parte del Giudice delle misure previste dal D.lgs. n. 231/01.

8. Diffusione del MOGC e formazione

Studio Radiologico S.r.l., al fine di dare efficace attuazione al Modello adottato, intende assicurare una corretta divulgazione dei contenuti e dei principi dello stesso all'interno ed all'esterno della propria struttura. Tale divulgazione riguarda tutte le risorse aziendali che rientrano nelle categorie anzidette, cioè dipendenti, sia che si tratti di risorse già presenti in azienda, sia che si tratti di risorse da inserire.

Il livello di formazione ed informazione è attuato con un differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nelle attività sensibili.

L'adozione del presente Modello è comunicata ai dipendenti al momento dell'adozione stessa. Ai nuovi assunti, invece, viene consegnato un set informativo, con il quale assicurare agli stessi le conoscenze considerate di primaria rilevanza. Tale set informativo dovrà contenere, oltre ai documenti consegnati di regola al neoassunto, il Modello Organizzativo e il testo aggiornato del D.lgs. n. 231/01. Tali soggetti dovranno rilasciare a Studio Radiologico S.r.l. una dichiarazione sottoscritta in cui si attesta la ricezione del set informativo, nonché la integrale conoscenza dei documenti allegati unitamente all'impegno ad osservare le prescrizioni.

8.1. Modalità di diffusione

Le modalità di diffusione dell'informativa saranno articolate secondo il presente schema

Personale direttivo

- seminario informativo
- nota informativa a personale neoassunto con funzione direttiva
- comunicazione annuale su eventuali modifiche al Modello

Altro personale

- diffusione di una nota informativa interna
- nota informativa al personale neoassunto
- comunicazione annuale su eventuali modifiche al Modello

Studio Radiologico S.r.l. provvederà nel corso di tali attività a rendere noto ai dipendenti che gli stessi sono tenuti a conoscere i principi ed i contenuti del Modello ed a contribuire, in relazione al ruolo ed alle responsabilità rivestite all'interno dell'ente, alla sua attuazione ed al suo rispetto, segnalando eventuali carenze.

Al Consiglio di amministrazione rimarrà una copia cartacea della versione integrale del documento illustrativo del Modello. Ai dipendenti verrà garantita la possibilità di accedere e consultare il presente documento direttamente sull'intranet aziendale, mentre per gli altri soggetti la suddetta documentazione sarà resa disponibile su Internet.

I programmi informativi e i contenuti delle note informative saranno preventivamente comunicati all'Organismo di vigilanza.

La formazione relativa ai contenuti del Modello andrà costantemente ripetuta con una cadenza almeno annuale ovvero, in caso di interventi di modifica e/o aggiornamento del Modello, ad evento.

8.2. Diffusione del MOGC verso l'esterno

Nelle lettere d'incarico ai soggetti esterni a Studio Radiologico S.r.l., saranno allegate apposite note informative in merito all'applicazione del Modello. Su proposta dell'Organismo di vigilanza e con l'approvazione del Consiglio di amministrazione potranno essere istituiti all'interno dell'ente dei sistemi di valutazione e selezione dei collaboratori esterni che prevedano l'esclusione automatica di coloro che risultino inadempienti in merito alla corretta applicazione del Modello.

9. Organismo di vigilanza

Come anticipato, l'ente può essere esonerato dalla responsabilità conseguente alla commissione dei reati indicati se l'organo amministrativo ha, fra l'altro:

- (a) adottato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire i reati considerati;
- (b) affidato il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento ad un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo;
- (c) individuato un soggetto a cui far pervenire le segnalazioni di condotte illecite, rilevanti ai sensi del D.lgs. n. 231/01 o violazioni del presente modello.

L'affidamento dei compiti di cui al punto *b)* all'OdV è presupposto indispensabile per l'esonero dalla responsabilità, sia che il reato sia stato commesso da soggetti apicali, che dai soggetti sottoposti all'altrui direzione. La necessità che il Modello di salvaguardia, nella sua concreta attuazione e costante aggiornamento, sia realmente inserito nella struttura organizzativa e nei processi operativi dell'ente, oltre alla particolare valenza attribuita a tale organismo, conferisce ad esso funzioni, compiti, poteri e doveri assolutamente fondamentali, oltre che naturalmente specifici.

9.1. Composizione

Questo organismo, denominato Organismo di vigilanza, come già detto e come si dirà meglio in seguito, è costituito in Studio Radiologico S.r.l. in forma monocratica. I compiti di vigilanza e controllo allo stesso attribuiti sono numerosi ed eterogenei.

Il ruolo dell'Organismo di vigilanza nell'ambito del D.lgs. 231/2001 è stabilito dall'art. 6 del decreto stesso. L'attività primaria dell'organismo consiste nella vigilanza sul funzionamento e

l'osservanza del Modello e, a tal fine, è importante poter dimostrare che non vi sia stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo stesso. Per cui, obiettivo di Studio Radiologico S.r.l. deve essere quello di creare una struttura che sia in grado di gestire ed utilizzare ai propri fini (controllo sull'applicazione del Modello) i flussi informativi provenienti dalle varie funzioni aziendali che rientrano nelle aree a rischio di commissione dei reati rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa dell'ente.

Nella sostanza, l'Organismo di vigilanza svolge, tra i suoi compiti istituzionali, alcune attività tipiche di *internal auditing*, in particolare la c.d. *assurance*, ovvero un oggettivo esame delle evidenze, allo scopo di ottenere una valutazione indipendente dei processi di gestione del rischio, di controllo o di governance dell'organizzazione.

Il giudizio di idoneità dell'attività di vigilanza da parte dell'Organismo, operato dal Giudice penale, potrà senza dubbio considerare premiante l'adozione di un valido e riconosciuto approccio metodologico nello svolgimento di tale attività.

Avendo, quindi, come obiettivo una completa funzionalità del Modello e dell'Organismo di vigilanza, quale esimente nel caso di commissione di reati, per individuare un OdV idoneo ai fini del Decreto 231 non è necessario guardare tanto al numero di componenti dell'organismo stesso, ma agli strumenti operativi di cui dispone, premesso che per "strumenti" si intende:

- (a) sede adeguata (che può essere garantita anche attraverso adeguati e sicuri collegamenti da remoto) e supporti informatici con i quali operare;
- (b) rapporti continui con soggetti interni all'azienda;
- (c) adeguato *budget* finanziario;
- (d) procedure aziendali relative alle aree a rischio aderenti al contenuto del Modello contenenti adeguati flussi informativi verso l'OdV.

La necessità di numerose conoscenze in capo all'OdV, anche in virtù dei numerosi reati da cui discende la responsabilità dell'ente, non può essere considerata ragione giustificativa di un eventuale bisogno di un organo composto da un soggetto esperto per ogni materia giuridica di cui alle diverse aree a rischio commissione reati. D'altra parte, è previsto che l'OdV debba essere dotato di un *budget* finanziario adeguato, essendo ciò funzionale, *inter alia*, a consentire (ove necessarie) consulenze specialistiche anche permanenti su questioni rilevanti.

L'OdV ha la facoltà di avvalersi delle specifiche professionalità di consulenti esterni per le esecuzioni tecniche necessarie per lo svolgimento di particolari verifiche. Infatti, l'OdV non può limitare le proprie competenze all'area giuridico finanziaria, dovendo estendere la propria vigilanza anche sul rispetto del Modello destinato a rafforzare il sistema di sicurezza adottato dall'ente. Il che non significa, come accennato, che l'OdV debba possedere specifiche competenze tecniche in materia di sicurezza sul lavoro, dal momento che la valutazione dei rischi e la supervisione sulla gestione degli stessi non rientrano come tali nel Modello Organizzativo ex D.lgs. 231/01, essendo quindi sufficienti che in capo all'OdV vi siano competenze di natura giuridico-organizzativa sugli obblighi di legge e sulle best practices in materia di sicurezza sul lavoro.

Competenze, queste, che esistono nell'OdV di Studio Radiologico S.r.l.

Le attività che tale Organo è quindi chiamato ad assolvere ai fini del D.lgs. 231/01 sono:

- (a) la vigilanza sull'effettività del Modello;
- (b) l'esame della sua adeguatezza e idoneità in continuum;
- (c) il mantenimento della funzionalità del Modello;
- (d) l'attività di presidio rispetto all'aggiornamento, nonché di formulazione delle relative proposte di aggiornamento;
- (e) la verifica delle soluzioni proposte.

9.2. Requisiti soggettivi dell'Organismo di vigilanza

I principali requisiti dell'Organismo sono (come sarà stabilito più dettagliatamente nel regolamento dell'OdV):

- autonomia e indipendenza (il pagamento di un compenso non costituisce causa di "dipendenza"), rispetto tanto ai vertici dell'ente (coi quali pure l'organismo è tenuto ad interloquire costantemente), quanto agli altri soggetti interni all'ente;
- professionalità (bagaglio di strumenti tecnici), poiché dotato di un bagaglio di strumenti e tecniche che permettono di svolgere efficacemente l'attività assegnata. Si tratta di tecniche specialistiche proprie di chi svolge attività ispettiva e consulenziale e, più in particolare, economico-penalistica;
- onorabilità, cioè mancanza in capo ai soggetti che lo compongono di precedenti penali o procedimenti penali pendenti;
- inerenza, in quanto soggetti intranei all'ente da vigilare;
- continuità d'azione, in virtù di una dedizione "strutturale" all'attività di vigilanza sul Modello.

Tali requisiti devono e possono essere posseduti non solo dalle persone fisiche che compongono formalmente l'Organismo di vigilanza, ma anche dagli altri soggetti che costituiscono la "dotazione" a disposizione dell'organismo medesimo per lo svolgimento della propria attività di controllo.

9.3. Cause di incompatibilità

I soggetti incaricati devono attestare, con propria dichiarazione scritta all'atto del conferimento dell'incarico, l'assenza di cause di incompatibilità.

Sono cause di incompatibilità le seguenti condizioni.

- (a) L'essere membri del e/o l'essere non indipendenti rispetto:
 - al *management*;

- al Revisore unico;
- (b) L'aver intrattenuto rapporti di lavoro autonomo o subordinato con entità con le quali possono essere compiuti i reati e gli illeciti tipizzati dalla vigente normativa in materia di "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 legge 29 settembre 2000 n. 300".

9.4. Nomina dell'Organismo di vigilanza

L'organo amministrativo, pur con l'istituzione dell'Organismo ex D.lgs. n. 231/2001, mantiene invariate tutte le attribuzioni e le responsabilità previste dal Codice civile, alle quali si aggiunge quella relativa all'adozione ed all'efficacia del Modello, nonché all'istituzione dell'Organismo di Vigilanza (art. 6, c. 1, lett. *a*) e *b*)).

Sono anche previste cause di ineleggibilità per i membri dell'Organo di vigilanza, per aver riportato condanne comportanti l'interdizione dai pubblici uffici.

L'Organismo di vigilanza viene nominato dall'organo amministrativo e rimane in carica per la durata minima di tre anni.

Studio Radiologico S.r.l. ha definito il proprio Organismo di vigilanza come un organo monocratico, supportato da un'adeguata struttura organizzativa che nel suo complesso possiede idonee competenze professionali, costituendo così un Modello ed un Organismo di vigilanza rispondenti ai requisiti previsti dal D.lgs. 231/01 e alle indicazioni fornite in merito dalle associazioni di categoria.

L'organo amministrativo valuta annualmente, in occasione della verifica sull'adeguatezza del Modello, la permanenza di:

- adeguati requisiti soggettivi formali di onorabilità e di assenza di conflitti di interesse in capo all'Organismo di vigilanza;
- condizioni di autonomia, indipendenza, professionalità e continuità di azione in capo all'Organismo di vigilanza, valutando l'eventuale revoca dell'incarico.

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

9.5. Attività dell'Organismo di vigilanza

Per l'esecuzione dei suoi compiti, così come sopra individuati, all'Organismo di vigilanza è attribuito il compito di svolgere le seguenti attività:

- a*) effettuare periodicamente, nell'ambito delle aree a rischio di reato, verifiche su singole operazioni o atti, con l'ausilio dei responsabili delle funzioni aziendali coinvolte;
- b*) coinvolgere negli *audit*, anche direttamente, i referenti operativi;
- c*) effettuare, senza preavviso, nelle aree a rischio reato, controlli a campione sull'effettiva osservanza delle procedure e degli altri sistemi di controllo esistenti;
- d*) monitorare costantemente, sulla base delle informazioni fornite dalle diverse funzioni e dal Consiglio di amministrazione, l'evoluzione dell'organizzazione aziendale e dei settori di *business*, allo scopo di aggiornare l'elenco delle aree aziendali a rischio reato, con la collaborazione dei responsabili delle funzioni aziendali coinvolte;

- (e) richiedere ai responsabili di ciascuna area a rischio reato le informazioni ritenute rilevanti al fine di verificare l'effettività e l'adeguatezza del Modello e, se necessario, un'autovalutazione periodica da parte delle funzioni;
- (f) raccogliere segnalazioni provenienti da qualunque dipendente in relazione ad eventuali criticità delle misure previste dal Modello, a violazioni delle stesse, e a qualsiasi situazione che possa esporre l'azienda a rischio-reato;
- (g) raccogliere, dai soggetti apicali o subordinati, segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito delle proprie funzioni, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 6, comma 2-bis;
- (h) raccogliere e conservare in un archivio appositamente dedicato: la documentazione, di volta in volta aggiornata, attinente alle procedure e alle altre misure previste dal Modello; le informazioni raccolte o pervenute nello svolgimento della propria attività; l'evidenza delle varie attività svolte; la documentazione relativa agli incontri con gli organi di Studio Radiologico S.r.l. cui l'Organismo di vigilanza riferisce;
- (i) verificare che tutti i responsabili di funzioni o aree a rischio-reato assicurino la conoscenza e l'osservanza, da parte dei dipendenti che a essi riportano gerarchicamente, delle procedure o di eventuali altre disposizioni d'interesse della funzione;
- (j) controllare che sia assicurata la costante formazione del personale in relazione alle problematiche del Decreto;
- (k) monitorare le disposizioni normative rilevanti ai fini dell'adeguatezza del Modello;
- (l) programmare periodici incontri con i responsabili di funzione interessati al fine di raccogliere informazioni utili all'eventuale aggiornamento o modifica del Modello;
- (m) accedere a tutta la documentazione aziendale rilevante ai fini di verificare l'adeguatezza e il rispetto del Modello.

Le attività poste in essere dall'Organismo di vigilanza non possono essere sindacate da alcun altro organismo o struttura aziendale, fermo restando che l'organo dirigente è in ogni caso chiamato a svolgere un'attività di vigilanza sull'adeguatezza del suo intervento. Infatti, è all'organo dirigente che compete la responsabilità ultima del funzionamento e dell'efficacia del Modello.

9.6. Doveri dell'Organismo di vigilanza

Compete all'Organismo predisporre un regolamento delle proprie attività, *i.e.*, determinazione delle cadenze temporali dei controlli, individuazione dei criteri e delle procedure di analisi, calendarizzazione dell'attività, verbalizzazione delle riunioni, etc.

L'Organismo di vigilanza riporta i risultati delle proprie attività all'organo amministrativo. In particolare, l'Organismo di Vigilanza:

- (a) riferisce costantemente del proprio operato al Consiglio di amministrazione, anche allo scopo di comunicare le violazioni del sistema di controllo riscontrate, in vista dell'adozione delle opportune sanzioni;

- (b) riferisce annualmente con relazione scritta al Consiglio di amministrazione sul risultato del proprio operato;
- (c) informa costantemente del proprio operato il Consiglio di amministrazione, con immediatezza nelle ipotesi di accadimento di fatti che evidenzino gravi violazioni del Modello e, in genere, del sistema di controllo.

9.7. Dotazioni dell'Organismo di vigilanza

Per poter esercitare pienamente le proprie funzioni, l'Organismo di vigilanza dispone di adeguate risorse finanziarie e ha la facoltà di avvalersi dell'ausilio delle strutture aziendali esistenti. Inoltre, pur mantenendo la titolarità delle attività, può servirsi del supporto di consulenti esterni. Infine, nel contesto delle procedure di formazione del *budget* aziendale, l'organo dirigente dovrà approvare una dotazione adeguata di risorse finanziarie, proposta dall'Organismo stesso, della quale l'Organismo potrà disporre per ogni esigenza necessaria al corretto svolgimento dei compiti (consulenze specialistiche, trasferte, etc.). L'Organismo di Vigilanza dovrà, inoltre, essere retribuito in maniera congrua.

9.8. Riepilogo

Di seguito sono elencati in maniera schematica i poteri ed i compiti in capo all'Organismo di vigilanza di Studio Radiologico S.r.l.

Spettano all'OdV i seguenti compiti:

- (a) la vigilanza sull'adeguatezza del MOGC, intesa quale idoneità a prevenire la commissione di comportamenti illeciti ovvero ad evidenziarne l'eventuale realizzazione;
- (b) la vigilanza sull'effettività del MOGC, intesa quale coerenza tra i comportamenti concreti e quelli previsti dal Modello;
- (c) l'aggiornamento in senso dinamico del MOGC, mediante apposite proposte di modifica e/o integrazione del Modello stesso, o dei Protocolli, inoltrate all'organo amministrativo, anche in considerazione di eventuali sopraggiunti interventi normativi e/o di variazioni della struttura organizzativa o dell'attività dell'Ente e/o di riscontrate significative violazioni del Modello.

Nell'ambito di tali compiti, l'OdV è, inoltre, tenuto:

- (a) a monitorare le iniziative connesse alla informazione ed alla formazione sul MOGC;
- (b) a garantire l'efficiente gestione dei flussi informativi da e verso l'OdV, incluse le relazioni periodiche da sottoporre all'attenzione dell'organo amministrativo, le segnalazioni concernenti potenziali violazioni del Modello, e le informazioni ed i dati trasmessi dai Destinatari del Modello;

- (c) a documentare puntualmente, anche mediante la compilazione e la tenuta di appositi registri, tutte le attività svolte, le iniziative ed i provvedimenti adottati, così come le informazioni e le segnalazioni ricevute;
- (d) a registrare e conservare tutta la documentazione formata, ricevuta o comunque raccolta nel corso del proprio incarico e rilevante ai fini del corretto svolgimento dell'incarico stesso.

Qualora riscontri la violazione del MOGC, l'OdV deve informare i soggetti competenti per l'eventuale attivazione del procedimento sanzionatorio previsto dal Sistema disciplinare, unitamente alla verifica circa l'effettiva applicazione delle sanzioni irrogate.

Ai fini del corretto espletamento dei propri compiti, sono riconosciuti all'OdV i seguenti poteri:

- (a) la massima libertà di iniziativa e di controllo sulle attività dell'ente, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello, e consentire l'accertamento immediato delle violazioni a rischio-reato;
- (b) il potere di effettuare tutte le verifiche e le ispezioni necessarie o opportune;
- (c) la facoltà di conoscere tutti i documenti ed i dati dell'Ente mediante l'accesso agli archivi esistenti presso gli uffici, senza necessità di autorizzazioni o consenso preventivi;
- (d) la facoltà di disporre l'audizione dei soggetti che operano in nome e/o per conto di Studio Radiologico S.r.l., qualora si presuma che possano fornire indicazioni o informazioni utili ai fini dell'attività di vigilanza svolta;
- (e) la facoltà di avvalersi del supporto di consulenti esterni, utilizzando le risorse finanziarie stanziare dall'organo amministrativo.

10. Flussi informativi

10.1. Obblighi di trasmissione informativa verso l'Organismo di vigilanza

Le funzioni aziendali a rischio-reato, come verranno di seguito individuate, hanno l'obbligo di trasmettere all'Organismo di vigilanza le risultanze periodiche delle attività realizzate, nonché le atipicità e le anomalie riscontrate nell'ambito delle informazioni disponibili. Devono, inoltre, essere trasmesse all'Organismo di vigilanza tutte le informative che presentino elementi rilevanti in relazione all'attività di vigilanza, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- (a) i provvedimenti e/o le notizie provenienti da organi di Polizia Giudiziaria, o da qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini, anche contro ignoti, per i reati di cui al Decreto 231;
- (b) le richieste di assistenza legale inoltrate da dipendenti e/o dirigenti nei confronti dei quali la Magistratura stia procedendo per uno dei reati di cui al Decreto 231;
- (c) i rapporti preparati dai responsabili delle funzioni interessate da cui emergano fatti, atti od omissioni che incidono sull'osservanza del MOGC e comunque i prospetti riepilogativi delle attività sensibili;
- (d) le risultanze di eventuali commissioni d'inchiesta o le relazioni interne dalle quali emergano responsabilità per ipotesi di reato di cui al Decreto 231;

- (e) i report riepilogativi delle attività sensibili svolte;
- (f) le eventuali richieste per la concessione di fondi pubblici in gestione o per l'ottenimento di forme di finanziamento dei fondi già in gestione;
- (g) le modifiche relative alla struttura organizzativa, alle procedure sensibili e all'assetto aziendale;
- (h) le notizie relative all'effettiva attuazione, a tutti i livelli aziendali, del MOGC, con evidenza degli eventuali procedimenti disciplinari svolti e delle sanzioni irrogate, ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni;
- (i) tutte le notizie e la documentazione così come indicato nelle diverse procedure previste nella parte speciale del presente MOGC.

10.2. Modalità e formalità delle informative

Le segnalazioni dovranno essere in forma scritta e non anonima ed avere ad oggetto ogni violazione o sospetto di violazione del Modello. L'Organismo di vigilanza, attiverà una casella di posta dedicata, nonché ogni altra forma di comunicazione che riterrà idonea, e agirà in modo tale da garantire i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, assicurando altresì la riservatezza dell'identità del segnalante, fatti salvi gli obblighi di legge e la tutela dei diritti della Società o delle persone accusate erroneamente e/o in mala fede.

11. Definizioni

Decreto o Decreto 231: Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, dal titolo "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. 200", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19 giugno 2001 e successive modifiche ed integrazioni.

Ente: nel presente documento il termine si riferisce a Studio Radiologico S.r.l.

Destinatari: soggetti cui è rivolto il modello, più precisamente le 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 le persone che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo dello stesso; le persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti poco sopra indicati.

Apicali: le 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; le persone che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo dello stesso.

Sottoposti: le persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza dei soggetti che appartengono ai vertici aziendali.

Modello, o Modello 231, o MOGC: complesso di principi di comportamento e di protocolli finalizzati alla prevenzione dei reati così come previsto dagli articoli 6 e 7 del Decreto, ad integrazione degli strumenti organizzativi e di controllo già vigenti nell'ente. Il modello prevede, inoltre, l'individuazione dell'Organismo di vigilanza e di controllo e la definizione del sistema sanzionatorio.

Organismo di vigilanza, od OdV, od O. di V.: organo previsto dall'art. 6 del Decreto, avente il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello, nonché di curarne l'aggiornamento.

Protocollo (o Procedura): specifica procedura per la prevenzione dei reati e per l'individuazione dei soggetti coinvolti nelle fasi a rischio dei processi aziendali.

Operazione sensibile – processi sensibili: operazioni, procedure e attività ritenute a rischio di commissione di reati a norma del Decreto 231.

Responsabile di funzione: figura chiamata a rispondere del processo e/o mettere a disposizione le sue risorse in termini di persone, tecnologie e sistemi.

Consulenti: soggetti che agiscono in nome e/o per conto di Studio Radiologico S.r.l. in forza di un contratto di mandato o di altro rapporto contrattuale di collaborazione.

Partner: le controparti contrattuali di Studio Radiologico S.r.l., quali ad esempio fornitori, periti, legali e consulenti, sia persone fisiche che persone giuridiche, con cui Studio Radiologico S.r.l. addivenga ad una qualsiasi forma di collaborazione contrattualmente regolata, ove destinata ad operare con la società nelle attività "sensibili".

Pubblica Amministrazione: agli effetti della legge penale, viene comunemente considerato come "ente della Pubblica Amministrazione" qualsiasi persona giuridica cui è affidata la cura di interessi pubblici e che svolga attività legislativa, giurisdizionale o amministrativa in forza di norme di diritto pubblico e di atti autoritativi.

Nel Codice penale non è rilevabile una definizione di Pubblica Amministrazione. Nella Relazione Ministeriale al codice stesso ed in relazione ai reati in esso previsti, sono ritenuti appartenere alla Pubblica Amministrazione quegli enti che svolgano "tutte le attività dello Stato e degli altri enti pubblici". Nel tentativo di formulare una preliminare classificazione di soggetti giuridici appartenenti a tale categoria è possibile richiamare, da ultimo, l'art. 1, comma 2, D. Lgs. n. 165/2001 in tema di ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, il quale definisce come amministrazioni pubbliche tutte le amministrazioni dello Stato.

Pubblici Ufficiali: Ai sensi dell'art. 357, primo comma, c.p., è considerato pubblico ufficiale "agli effetti della legge penale" colui il quale esercita "una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa". Il secondo comma definisce la nozione di "pubblica funzione amministrativa". Non si è compiuta, invece, un'analogia attività definitoria per precisare la nozione di "funzione legislativa" e "funzione giudiziaria" in quanto la individuazione dei soggetti che rispettivamente le esercitano non ha di solito dato luogo a particolari problemi o

difficoltà. Pertanto, agli effetti della legge penale “è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi”. La citata definizione normativa individua, innanzitutto, la delimitazione “esterna” della funzione amministrativa. Tale delimitazione è attuata mediante il ricorso a un criterio formale che fa riferimento alla natura della disciplina, precisando che è pubblica la funzione amministrativa prevista da “norme di diritto pubblico”, ossia da quelle norme volte al perseguimento di uno scopo pubblico ed alla tutela di un interesse pubblico e, come tali, contrapposte alle norme di diritto privato. Il secondo comma dell’art. 357 c.p. recepisce alcuni dei principali criteri di massima individuati dalla giurisprudenza e dalla dottrina per differenziare la nozione di “pubblica funzione” da quella di “servizio pubblico”. Vengono quindi pacificamente definite come “funzioni pubbliche” quelle attività amministrative che rispettivamente ed alternativamente costituiscono esercizio di: (a) poteri deliberativi; (b) poteri autoritativi; (c) poteri certificativi.

Incaricati di Pubblico Servizio: la definizione della categoria di “soggetti incaricati di un pubblico servizio” si rinviene all’art. 358 c.p., il quale recita che “sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un’attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest’ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”. Il legislatore puntualizza la nozione di “pubblico servizio” attraverso due ordini di criteri, uno positivo ed uno negativo. Il “servizio”, affinché possa definirsi pubblico, deve essere disciplinato – del pari alla “pubblica funzione” – da norme di diritto pubblico, ma con la differenziazione relativa alla mancanza dei poteri di natura certificativa, autorizzativa e deliberativa propri della pubblica funzione.

Esempi di incaricati di pubblico servizio sono: i dipendenti delle autorità di vigilanza che non concorrono a formare la volontà dell’autorità e che non hanno poteri autoritativi, i dipendenti degli enti che svolgono servizi pubblici anche se aventi natura di enti privati, gli impiegati degli uffici pubblici, etc. Il legislatore ha, inoltre, precisato che non può mai costituire “servizio pubblico” lo svolgimento di “semplici mansioni di ordine” né la “prestazione di opera meramente materiale”. Con riferimento alle attività che vengono svolte da soggetti privati in base ad un rapporto concessorio con un soggetto pubblico, si ritiene che ai fini della definizione come pubblico servizio dell’intera attività svolta nell’ambito di tale rapporto concessorio non è sufficiente l’esistenza di un atto autoritativo di investitura soggettiva del pubblico servizio, ma è necessario accertare se le singole attività che vengono in questione siano a loro volta soggette ad una disciplina di tipo pubblicistico. La giurisprudenza ha individuato la categoria degli incaricati di un pubblico servizio, ponendo l’accento sul carattere della strumentalità ed accessorialità delle attività rispetto a quella pubblica in senso stretto. In sostanza, trattasi di soggetti che danno un contributo concreto alla realizzazione delle finalità del pubblico servizio, con connotazione di sussidiarietà e di complementarità esercitando, di fatto, una funzione pubblica. Essa ha quindi indicato una serie di “indici rivelatori” del carattere pubblicistico dell’ente, per i quali è emblematica la casistica in tema di società per azioni a partecipazione pubblica. In particolare,

si fa riferimento ai seguenti indici: la sottoposizione ad un'attività di controllo e di indirizzo a fini sociali, nonché ad un potere di nomina e revoca degli amministratori da parte dello Stato o di altri enti pubblici; la presenza di una convenzione e/o concessione con la pubblica amministrazione; l'apporto finanziario da parte dello Stato; l'immanenza dell'interesse pubblico in seno all'attività economica. Sulla base di quanto sopra riportato, l'elemento discriminante per indicare se un soggetto rivesta o meno la qualifica di "incaricato di un pubblico servizio" è rappresentato, non dalla natura giuridica assunta o detenuta dall'ente, ma dalle funzioni affidate al soggetto le quali devono consistere nella cura di interessi pubblici o nel soddisfacimento di bisogni di interesse generale.