CONSORZIO AREA VITA

Ente gestore della Residenza Sanitaria Assistenziale "Bonifato"

Struttura autorizzata, accreditata e convenzionata con l'ASP di Trapani

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2026 – 2028

Rev. 00 – Luglio 2026

INDICE

1. PREMESSA 4

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE 4

3. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E SOGGETTI TENUTI ALL'ADOZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 5

3.1 La posizione del Consorzio Area Vita rispetto alla L. 190/2012 5

3.2 L'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018 6

3.3 La norma UNI ISO 37001:2025 6

3.4 Ulteriore quadro normativo e regolamentare rilevante 6

4. FINALITÀ DEL PIANO 7

5. AMBITO DI APPLICAZIONE 8

5.1 Ambito soggettivo 8

5.2 Ambito oggettivo 9

6. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) 9

6.1 Nomina e criteri di scelta 9

6.2 Compiti e poteri del RPCT; rapporti con l'Organismo di Vigilanza 10

6.3 Responsabilità del RPCT 11

7. GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE 11

8. METODOLOGIA DI GESTIONE DEL RISCHIO 13

8.1 Analisi del contesto 14

8.2 Valutazione del rischio 17

8.3 Trattamento del rischio 18

8.4 Monitoraggio e riesame 19

9. MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E MISURE SPECIFICHE 19

9.1 Area A – Rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Regionale: rilevazione delle presenze, rendicontazione e fatturazione delle rette 20

9.2 Area B – Accesso alla Struttura: ammissioni, liste d'attesa, dimissioni e rapporti con l'UVM e i Distretti Sanitari 21

9.3 Area C – Tutela dell'ospite: effettività e appropriatezza dell'assistenza, rapporti con ospiti e familiari, somme e beni personali, liberalità 22

9.4 Area D – Autorizzazione sanitaria, accreditamento, adempimenti, verifiche, ispezioni e contenzioso 24

9.5 Area E – Acquisti, fornitori, farmaci e presidi, apparecchiature, manutenzioni e rifiuti sanitari 25

9.6 Area F – Acquisizione e gestione del personale, incarichi professionali e formazione 27

9.7 Area G – Gestione dei flussi economici e finanziari e rapporti con le cooperative consorziate 28

9.8 Area H – Relazioni esterne, omaggi, liberalità, sponsorizzazioni, rapporti con informatori scientifici e comunicazione 29

9.9 Area I – Documentazione sanitaria, dati personali e sistemi informativi 30

10. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE 31

10.1 Governance del sistema anticorruzione e nomina del RPCT 31

10.2 Codici di comportamento 31

10.3 Rotazione del personale e misure alternative 32

10.4 Pantouflage – incompatibilità successiva 33
10.5 Conflitto di interessi 33
10.6 Formazione 35
10.7 Omaggi, liberalità, sponsorizzazioni e rapporti con informatori scientifici 35
10.8 Tutela del segnalante – whistleblowing 35
11.9 Segnalazione delle pressioni indebite 36
11.10 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi 37
11. MISURE ULTERIORI TRASVERSALI 37
12. QUADRO RIEPILOGATIVO DELLE MISURE GENERALI E PROGRAMMAZIONE 37
13. MONITORAGGIO, FLUSSI INFORMATIVI E RELAZIONE ANNUALE 38
13.1 Il monitoraggio 38
13.2 Flussi informativi verso il RPCT 39
13.3 Relazione annuale del RPCT 40
14. TRASPARENZA 40
14.1 L'ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. 33/2013 40
14.2 La posizione del Consorzio Area Vita 41
15. TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI 42
16. AGGIORNAMENTO DEL PIANO 42
ALLEGATO A – MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO CORRUTTIVO 44

1. PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche "PTPCT" o "il Piano") del CONSORZIO AREA VITA (di seguito anche "il Consorzio" o "l'Ente"), consorzio con attività esterna costituito tra cooperative sociali, che gestisce in Alcamo (TP) la Residenza Sanitaria Assistenziale denominata "Bonifato" (di seguito anche "la RSA" o "la Struttura"), autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria, accreditata istituzionalmente e operante in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani per n. 20 posti letto destinati a soggetti anziani non autosufficienti affetti da morbo di Alzheimer.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ai sensi della L. 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha introdotto nell'ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: a livello nazionale, mediante l'adozione del P.N.A. quale atto di indirizzo; a livello decentrato, mediante l'adozione, da parte dei soggetti individuati dall'art. 1, comma 2-bis, della L. 190/2012, dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con le Linee guida approvate con delibera n. 1134 dell'8 novembre 2017, l'ANAC ha precisato l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina, distinguendo tra i soggetti tenuti all'adozione del PTPCT, i soggetti tenuti all'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e i soggetti tenuti alla sola disciplina della trasparenza. Con il P.N.A. 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019) l'Autorità ha consolidato in un unico atto di indirizzo le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo, da ultimo integrate dai successivi aggiornamenti annuali del Piano Nazionale Anticorruzione.

Il Consorzio Area Vita, quale ente di diritto privato i cui organi di amministrazione non sono designati da pubbliche amministrazioni, non rientra tra i soggetti obbligati per legge all'adozione delle misure di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, comma 2-bis, della L. 190/2012, secondo l'analisi svolta al Capitolo 3.1. Nondimeno l'Ente, in quanto gestore di una struttura socio-sanitaria residenziale accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale, la cui attività è integralmente remunerata con risorse pubbliche, ha ritenuto di adottare il presente Piano:

- in adesione all'"Atto di indirizzo per l'adeguamento del modello aziendale di organizzazione, gestione e controllo ex art. 6 D.Lgs. 231/2001 delle strutture sanitarie private alle disposizioni concernenti la prevenzione dei fenomeni corruttivi", emanato dall'Assessore della Salute della Regione Siciliana con Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018, che prescrive alle strutture private accreditate e convenzionate con il SSN di predisporre un apposito Piano di prevenzione della corruzione, da incardinare nell'esistente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, e di nominare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- in adempimento della disciplina della trasparenza di cui al D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, alla quale il Consorzio risulta soggetto, "in quanto compatibile" e limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 2-bis, comma 3, del medesimo decreto, quale ente di diritto privato che gestisce un servizio pubblico, secondo l'analisi svolta al Capitolo 15;
- in coerenza con i principi della norma UNI ISO 37001:2025 "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione", cui l'Ente si ispira quale riferimento di buona prassi internazionale;
- quale sviluppo naturale e complemento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito "MOG 231" o "Modello 231") adottato dal Consorzio, del quale il presente Piano richiama e valorizza, in chiave anticorruttiva, l'impianto di protocolli, principi di comportamento e flussi informativi, secondo il criterio di non duplicazione illustrato al Capitolo 8.

Il Piano presenta l'analisi delle tematiche che il legislatore riconnette alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e delinea le misure di contrasto in una forma declinata sulle specificità organizzative dell'Ente e sulla natura dell'attività concretamente esercitata – la gestione continuativa, in regime residenziale e per conto del Servizio Sanitario Regionale, dell'assistenza a persone anziane non autosufficienti affette da demenza, ossia a una categoria di utenza caratterizzata da fragilità estrema e da ridotta o assente capacità di autotutela.

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La norma UNI ISO 37001:2025 definisce la corruzione come il comportamento consistente nell'"offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (che può essere economico o non economico),

direttamente o indirettamente, e indipendentemente dal luogo, violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona".

Ai fini del presente Piano, coerentemente con l'impostazione del P.N.A., il concetto di corruzione è assunto in un'accezione ampia, che non coincide con le fattispecie penalistiche di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale, ma comprende ogni situazione in cui si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché ogni ipotesi di "maladministration", intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Tale accezione ampia assume, nel contesto di una residenza sanitaria assistenziale interamente finanziata dal Servizio Sanitario Regionale, un rilievo del tutto peculiare. Il "vantaggio indebito" può infatti realizzarsi non soltanto attraverso la dazione o la promessa di denaro a un pubblico funzionario, ma anche – e più insidiosamente – attraverso condotte che alterano l'equità nell'accesso alla Struttura, la corretta destinazione delle risorse pubbliche o la stessa qualità dell'assistenza resa a persone prive di autonomia, quali:

- la rendicontazione all'ASP di giornate di presenza non effettive, ovvero l'omessa o ritardata comunicazione di decessi, dimissioni, ricoveri ospedalieri e assenze temporanee rilevanti ai fini della retta;
- l'erogazione del servizio con standard di personale, di prestazioni o di comfort inferiori a quelli previsti dalla convenzione e dalla normativa regionale, con conseguente indebito risparmio di costi a fronte di una retta integralmente corrisposta;
- il condizionamento, in qualunque forma, delle valutazioni dell'Unità Valutativa Multidimensionale o dell'ordine delle liste d'attesa gestite dai Distretti Sanitari, al fine di orientare l'ingresso di determinati ospiti;
- la richiesta a ospiti o familiari di somme, integrazioni di retta, "contributi" o altre utilità non dovute, quale condizione per l'accesso, per la permanenza, per l'assegnazione di una determinata camera o per l'erogazione di prestazioni già comprese nella retta a carico del SSR;
- l'indebita gestione delle somme e dei beni personali degli ospiti, ovvero la captazione di liberalità, donazioni o disposizioni testamentarie in favore dell'Ente o dei suoi operatori, approfittando della condizione di fragilità cognitiva e della dipendenza assistenziale dell'ospite;
- la scelta di fornitori, prodotti, presidi o servizi sulla base di utilità personali percepite dal personale, anziché dell'interesse assistenziale degli ospiti e dell'Ente;
- il riconoscimento di posti letto, di prestazioni gratuite o di condizioni di particolare favore a soggetti in grado di incidere su decisioni pubbliche che interessano il Consorzio, ovvero a loro familiari.

Il Piano assume dunque quale bene giuridico da presidiare non soltanto la correttezza dei rapporti con la Pubblica Amministrazione, ma anche l'imparzialità nell'accesso alla Struttura, l'appropriatezza e l'effettività dell'assistenza erogata, la tracciabilità della rendicontazione e, in modo del tutto peculiare rispetto ad altre realtà sanitarie, la protezione della persona fragile da ogni forma di approfittamento.

Rileva altresì la nozione di corruzione tra privati di cui all'art. 2635 c.c., espressamente richiamata dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001 e trattata nella Parte Speciale del Modello 231, con specifico riguardo ai rapporti con i fornitori di derrate alimentari, presidi e dispositivi, con le imprese di manutenzione e con l'impresa incaricata dello smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché ai rapporti economici tra il Consorzio e le cooperative consorziate. Rileva infine il divieto di comparaggio di cui all'art. 170 del R.D. 1265/1934 (T.U.LL.SS.) e all'art. 123 del D.Lgs. 219/2006 con riferimento ai medicinali, presidiato – quanto ai dispositivi medici, ai presidi per l'incontinenza e ai prodotti per la nutrizione artificiale – dai doveri di indipendenza professionale posti dal Codice di Deontologia Medica e dalle pertinenti misure del presente Piano.

3. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E SOGGETTI TENUTI ALL'ADOZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

3.1 La posizione del Consorzio Area Vita rispetto alla L. 190/2012

A seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 alla L. 190/2012 e al D.Lgs. 33/2013, l'ambito soggettivo della disciplina della trasparenza risulta più ampio di quello relativo ai soggetti tenuti ad applicare le misure di prevenzione

della corruzione. La distinzione è essenziale per il Consorzio, che – come si dimostrerà – si colloca al di fuori del primo perimetro e all'interno del secondo.

Quanto alle misure di prevenzione della corruzione, l'art. 1, comma 2-bis, della L. 190/2012 individua due sole categorie di destinatari del P.N.A.:

- le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/2001, ai fini dell'adozione dei propri PTPCT;
- gli altri soggetti di cui all'art. 2-bis, comma 2, del D.Lgs. 33/2013 – enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, nonché associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario, per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio, da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni – ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

Il Consorzio Area Vita è un consorzio con attività esterna, dotato di fondo consortile, i cui consorziati sono tre cooperative sociali di diritto privato. Esso costituisce dunque un "ente di diritto privato comunque denominato" ai sensi delle disposizioni richiamate.

3.2 L'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018

Con l'Atto di indirizzo Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018, l'Assessore della Salute della Regione Siciliana ha disposto che le strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale predispongano un apposito Piano di prevenzione della corruzione, da incardinare in seno all'esistente Modello di organizzazione, gestione e controllo redatto ai sensi del D.Lgs. 231/2001, e nominino un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, eventualmente individuandolo tra i componenti dell'Organismo di Vigilanza, con il quale il Responsabile deve in ogni caso operare in stretto raccordo.

L'Atto di indirizzo si fonda sulla constatazione che, in ambito sanitario, i fenomeni corruttivi costituiscono una delle principali fonti di rischio per la salute dei pazienti, riflettendosi negativamente sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, e richiama la circolare n. 1/2014 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha valorizzato la connessione tra gli strumenti gestionali contemplati dal D.Lgs. 231/2001 e quelli di cui alla L. 190/2012, ritenendo possibile e opportuno, per ragioni di economicità e di razionale organizzazione, il coordinamento dei due sistemi.

L'Atto di indirizzo prevede altresì che l'adeguamento delle strutture sanitarie private alle indicazioni ivi contenute sia sottoposto a verifica annuale e che il mancato adempimento possa costituire elemento di valutazione ai fini del mantenimento del rapporto di convenzionamento. Tale previsione assume, per il Consorzio, rilievo dirimente: la convenzione con l'ASP di Trapani costituisce la fonte esclusiva dei ricavi dell'Ente, sicché ogni elemento suscettibile di incidere negativamente sull'istruttoria di rinnovo si riflette immediatamente sulla continuità aziendale e sulla stessa prosecuzione del servizio in favore degli ospiti.

3.3 La norma UNI ISO 37001:2025

La norma UNI ISO 37001:2025 "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione" definisce i requisiti per prevenire, individuare e contenere i fenomeni corruttivi in qualsiasi organizzazione, pubblica o privata, di qualsiasi dimensione. L'Ente si ispira ai principi di tale norma – in particolare quelli di leadership e impegno del vertice, valutazione del rischio proporzionata, due diligence sulle controparti, controlli finanziari e non finanziari, segnalazione e indagine – senza che ciò comporti, allo stato, l'avvio di un percorso di certificazione. L'opportunità di intraprendere tale percorso è oggetto di valutazione nel terzo anno di vigenza del Piano, anche in ragione della già avvenuta implementazione di un sistema di gestione per la qualità conforme alla norma ISO 9001, che offre un'infrastruttura documentale e di audit interno riutilizzabile a tal fine.

3.4 Ulteriore quadro normativo e regolamentare rilevante

Il presente Piano è redatto tenendo conto, tra l'altro, delle seguenti fonti:

- L. 6 novembre 2012, n. 190 e Piani Nazionali Anticorruzione adottati dall'ANAC, con particolare riguardo all'Allegato 1 al P.N.A. 2019 recante le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi;

- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, in materia di trasparenza e accesso civico, con particolare riguardo all'art. 2-bis, comma 3;
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, assunto quale parametro di riferimento per la redazione dei codici interni;
- Linee guida ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017 e delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 (Codici di comportamento nel settore sanitario);
- parere del Consiglio di Stato, Commissione speciale, n. 1257 del 29 maggio 2017, in materia di ambito soggettivo della disciplina della trasparenza;
- D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231, e Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo adottato dal Consorzio (Parte Generale e Parte Speciale, Rev. 00 – Luglio 2026), con i relativi allegati;
- D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni (whistleblowing), e Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023;
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 101/2018;
- L. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), con particolare riguardo agli obblighi di cui agli artt. 2, comma 5, 4 e 10;
- L. 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, commi 525 e 536, in materia di comunicazione informativa sanitaria e di obbligo di direttore sanitario nelle strutture sanitarie private;
- L. 13 agosto 2010, n. 136, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari relativi a commesse pubbliche, e D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (Codice antimafia), artt. 91 e ss.;
- D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46, 47, 71 e 75, in materia di dichiarazioni sostitutive e di controlli sulle medesime, richiamati dagli atti dell'ASP relativi al rapporto convenzionale;
- D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36, artt. 94 e 96, quali parametri delle autocertificazioni richieste dall'ASP ai fini della stipula e del rinnovo della convenzione;
- R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 (T.U.LL.SS.), art. 170, e D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219, art. 123, in materia di divieto di comparaggio relativo ai medicinali;
- Codice di Deontologia Medica FNOMCeO e codici deontologici delle professioni sanitarie e sociali coinvolte (infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali), con particolare riguardo ai doveri di indipendenza professionale e alla tutela della persona in condizione di fragilità;
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, e D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152, in materia ambientale, per i profili di interferenza con le misure del presente Piano;
- normativa nazionale e regionale siciliana in materia di residenze sanitarie assistenziali e di accreditamento, tra cui la L. 833/1978, il D.Lgs. 502/1992, il D.P.R. 14 gennaio 1997, il D.P. Reg. 25 ottobre 1999 sugli standard strutturali e funzionali delle RSA, il D.A. Sanità n. 890/2002, la L.R. n. 5/2009, il D.A. n. 1325/2010 (con particolare riguardo all'art. 12 in materia di monitoraggio e controllo), il D.A. n. 2582/2011 e il D.A. n. 209/2022 in materia di modalità di accesso dei soggetti privati ai posti RSA, il D.A. n. 741/2023 in materia di requisiti soggettivi e il D.A. n. 1058/2025 in materia di rette.

4. FINALITÀ DEL PIANO

Attraverso l'adozione del presente PTPCT, il Consorzio Area Vita persegue le seguenti finalità:

- determinare in tutti i destinatari la piena consapevolezza che il manifestarsi di fenomeni corruttivi espone l'Ente a gravi conseguenze sul piano penale, amministrativo e reputazionale e, in ragione della natura integralmente convenzionata dell'attività, sulla stessa continuità del rapporto con il Servizio Sanitario Regionale e, di riflesso, sulla continuità assistenziale in favore di venti persone anziane non autosufficienti;
- assicurare che l'accesso alla Struttura, la permanenza e la dimissione degli ospiti avvengano esclusivamente sulla base delle determinazioni dell'Unità Valutativa Multidimensionale e dei competenti uffici distrettuali, in condizione di assoluta parità di trattamento e senza alcuna interferenza dell'Ente sull'ordine delle liste d'attesa;

- garantire la veridicità, la completezza e la tracciabilità della rilevazione delle presenze, della documentazione sanitaria e della rendicontazione mensile trasmessa all'ASP, quale presupposto della corretta liquidazione delle rette a carico della finanza pubblica;
- assicurare che il servizio sia reso nel pieno rispetto degli standard qualitativi, quantitativi e di dotazione organica previsti dalla convenzione e dalla normativa regionale, escludendo ogni forma di indebito risparmio di costi a danno degli ospiti e del Servizio Sanitario Regionale;
- proteggere gli ospiti – persone in condizione di fragilità cognitiva e di dipendenza assistenziale – e i loro familiari da ogni richiesta indebita di somme o utilità, da ogni forma di approfittamento nella gestione dei beni personali e da ogni captazione di liberalità o disposizioni patrimoniali;
- presidiare l'indipendenza delle scelte professionali e di acquisto rispetto a utilità, omaggi, sponsorizzazioni o altre forme di condizionamento provenienti da fornitori, informatori scientifici, imprese di manutenzione e altre controparti;
- assicurare la correttezza dei rapporti con l'ASP di Trapani, con il Distretto Sanitario di Alcamo, con l'Assessorato regionale della Salute, con il Comune di Alcamo e con ogni altro soggetto pubblico, con particolare riguardo ai procedimenti autorizzativi, di accreditamento, di convenzionamento e alle attività di verifica e ispezione;
- rafforzare, con valenza anticorruttiva, i presidi già implementati con il MOG 231 e con il sistema di gestione per la qualità, evitando duplicazioni di adempimenti e assicurando il coordinamento tra il sistema 231, il sistema qualità e il sistema anticorruzione;
- promuovere una cultura organizzativa della legalità, dell'integrità e della trasparenza, anche mediante attività di formazione mirata e la messa a disposizione di canali di segnalazione protetti.

5. AMBITO DI APPLICAZIONE

5.1 Ambito soggettivo

Il presente Piano si applica, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, funzioni e mansioni:

- ai componenti del Consiglio di Amministrazione e, in particolare, al Presidente, nella duplice veste di legale rappresentante e di datore di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008, nonché al Vice Presidente;
- alle cooperative sociali consorziate e ai loro rappresentanti, limitatamente all'esercizio dei diritti e dei poteri consortili e ai rapporti economici con il Consorzio;
- all'Organismo di Vigilanza e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto);
- al Direttore Sanitario e ai medici specialisti collaboratori;
- a tutto il personale dipendente, con qualsiasi qualifica e tipologia contrattuale – personale infermieristico, fisioterapisti, assistente sociale, animatore, operatori socio-sanitari e socio-assistenziali, personale amministrativo e di cucina – ivi compreso il personale in somministrazione, i tirocinanti e i volontari eventualmente operanti in Struttura;
- al Responsabile della Qualità e URP, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, al Medico Competente e al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza;
- ai consulenti esterni (consulente del lavoro, consulente fiscale e contabile, consulente per il sistema qualità, consulenti informatici, legali, tecnici) e ai professionisti comunque incaricati;
- ai fornitori di beni e servizi, alle imprese di manutenzione e all'impresa incaricata della raccolta, del trasporto e dello smaltimento dei rifiuti sanitari, nei limiti di quanto previsto dalle clausole contrattuali di rispetto del Codice Etico e del Modello.

L'adesione ai principi del Piano è assicurata, per i soggetti interni, mediante sottoscrizione di apposita dichiarazione di presa d'atto all'atto dell'instaurazione del rapporto e, per i soggetti esterni, mediante l'inserimento nei contratti e nelle lettere d'incarico della clausola di rispetto del Codice Etico, del Codice di Condotta e del Modello (c.d. clausola 231), estesa espressamente ai contenuti del presente Piano.

5.2 Ambito oggettivo

Il Piano si applica a tutte le attività svolte dal Consorzio presso la sede legale di Castellammare del Golfo (TP), Via Quintino Sella n. 42, e presso l'unità operativa di Alcamo (TP), Via Vito Guarrasi n. 3, ove ha sede la RSA "Bonifato", con particolare riguardo:

- all'attività socio-sanitaria residenziale erogata in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale, che costituisce l'attività caratteristica dell'Ente e l'area di massima esposizione al rischio corruttivo;
- ai processi di gestione del rapporto autorizzativo, di accreditamento e convenzionale con l'ASP di Trapani, con il Distretto Sanitario di Alcamo e con l'Assessorato regionale della Salute;
- alle attività amministrative, contabili, di approvvigionamento, di gestione del personale e di comunicazione;
- ai rapporti con gli ospiti, con i loro familiari e amministratori di sostegno o tutori, con le controparti private e con i soggetti pubblici;
- ai rapporti economici e organizzativi tra il Consorzio e le cooperative sociali consorziate.

Restano estranee al perimetro del Piano le attività previste in via meramente potenziale dall'ampio oggetto sociale statutario e non concretamente esercitate; ove tali attività dovessero essere avviate – in particolare le attività formative e progettuali finanziate con risorse pubbliche, che presentano un profilo di rischio corruttivo autonomo – il Piano è tempestivamente aggiornato ai sensi del Capitolo 17.2.

6. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)

6.1 Nomina e criteri di scelta

Il Consorzio Area Vita non rientra tra i soggetti tenuti per legge ad adottare le misure di prevenzione della corruzione previste dalla L. 190/2012, né a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione. Ciò nonostante, in adesione all'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana e in considerazione della circostanza che la disciplina della trasparenza risulta invece applicabile ai sensi dell'art. 2-bis, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 – disciplina che presuppone strutturalmente l'esistenza di un soggetto cui indirizzare le istanze di riesame in materia di accesso civico – il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di individuare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

L'art. 1, comma 7, della L. 190/2012 stabilisce che il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, sicché la nomina di un soggetto esterno costituisce, per le pubbliche amministrazioni, un'eccezione. Nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate e convenzionate, invece, in quanto enti di diritto privato non rientranti tra i soggetti previsti dall'art. 1, comma 2-bis, della L. 190/2012, il RPCT può essere individuato tra i componenti dell'Organismo di Vigilanza, con il quale lo stesso deve in ogni caso operare in stretto raccordo, come espressamente previsto dall'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute.

Secondo il P.N.A., nonché coerentemente con i principi della norma UNI ISO 37001:2025, il RPCT deve avere adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'ente. Nel settore socio-sanitario residenziale, in particolare, è opportuno che il RPCT possieda specifiche competenze in ordine all'organizzazione e alla gestione della struttura, ai processi assistenziali e amministrativi che ne costituiscono l'attività caratteristica e alla rete di relazioni istituzionali in cui essa è inserita.

Il RPCT deve essere dotato di autonomia valutativa e delle necessarie risorse, non deve trovarsi in posizione che presenti profili di conflitto di interessi e non deve essere assegnato a funzioni che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva, con particolare riguardo ai settori più esposti al rischio corruttivo. Deve altresì trattarsi di persona che abbia sempre mantenuto una condotta integerrima.

Al fine di contestualizzare tale profilo nell'organizzazione del Consorzio, le caratteristiche richiamate sono di seguito precisate.

Profili di competenza

Il RPCT deve possedere: adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento di una residenza sanitaria assistenziale e dei processi che ne costituiscono l'attività caratteristica, con particolare riguardo al rapporto convenzionale

con il Servizio Sanitario Regionale, al ciclo di rilevazione delle presenze e di rendicontazione delle rette e al sistema di accreditamento istituzionale; conoscenza dei processi amministrativi e gestionali e della disciplina della trasparenza; capacità di valutare il contesto in cui l'Ente opera e la rete delle relazioni interne ed esterne, anche in ambito locale e regionale; condivisione dei valori espressi nel Codice Etico.

Requisiti di autonomia e indipendenza

Il RPCT deve essere dotato di autonomia valutativa e non deve versare in situazioni di conflitto di interessi. In una struttura delle dimensioni del Consorzio, ciò comporta in particolare l'esclusione dei soggetti cui competono la rilevazione delle presenze, la predisposizione del rendiconto mensile e della fatturazione all'ASP, gli acquisti, la gestione amministrativa del personale e la direzione tecnico-sanitaria.

Criteri di esclusione

Non può assumere il ruolo di RPCT:

- il soggetto che, avendo esercitato negli ultimi tre anni di servizio poteri autoritativi o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni nei confronti del Consorzio, si trovi nel triennio successivo alla cessazione di tale rapporto (divieto di pantouflage);
- il soggetto condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, ovvero destinatario di provvedimenti disciplinari per condotte rilevanti ai fini del presente Piano;
- il soggetto che nei cinque anni precedenti sia stato componente di organo politico di livello nazionale, regionale o locale, o candidato in collegi elettorali comprendenti il territorio dell'ASP di riferimento;
- il soggetto che si trovi in una delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità considerate dal D.Lgs. 39/2013, in quanto compatibili;
- il soggetto legato da rapporti di parentela, affinità, coniugio o convivenza con i componenti del Consiglio di Amministrazione, con il Direttore Sanitario o con i rappresentanti delle cooperative consorziate, tali da comprometterne l'indipendenza;
- il soggetto che intrattenga con il Consorzio, o con le cooperative consorziate, rapporti professionali o economici di natura continuativa diversi dall'incarico di RPCT e da quello di Organismo di Vigilanza.

Fattori di rischio nella scelta

Nella scelta del soggetto cui affidare il ruolo di RPCT il Consiglio di Amministrazione tiene conto degli elementi che possono influenzarne, positivamente o negativamente, l'azione, e in particolare: il livello di integrità del soggetto; il livello di legittimazione e autorevolezza nei confronti degli altri livelli di responsabilità aziendali; il grado di dipendenza del soggetto e del suo percorso professionale da persone che operano all'interno dell'Ente o che ne possono influenzare gli orientamenti dall'esterno; l'appartenenza a specifiche comunità o associazioni operanti nel medesimo territorio; la durata dell'incarico, che deve essere sufficiente a consentire la realizzazione di azioni a medio termine; la condivisione dei valori espressi nel Codice Etico.

6.2 Compiti e poteri del RPCT; rapporti con l'Organismo di Vigilanza

Il RPCT:

- predispone il PTPCT e i relativi aggiornamenti, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo, e li sottopone al Consiglio di Amministrazione per l'approvazione;
- verifica l'efficace attuazione del Piano e l'idoneità delle misure in esso previste, mediante audit periodici e verifiche a campione sulla documentazione;
- propone al Consiglio di Amministrazione le modifiche del Piano quando siano accertate significative violazioni delle sue prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Ente, ivi compresi la modifica del rapporto convenzionale, l'ampliamento della capacità ricettiva o l'attivazione di nuovi servizi;

- segnala al Consiglio di Amministrazione i nominativi dei soggetti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ai fini dell'eventuale avvio del procedimento disciplinare secondo il Sistema Disciplinare e Sanzionatorio allegato al MOG 231;
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e sull'osservanza degli obblighi in materia di conflitto di interessi e di pantouflage;
- definisce, d'intesa con il Presidente e con il Direttore Sanitario, i contenuti dei programmi di formazione in materia di prevenzione della corruzione e ne verifica l'effettiva erogazione, avvalendosi del piano annuale di formazione già previsto dal sistema di gestione per la qualità;
- cura la diffusione della conoscenza del Codice Etico e del Codice di Condotta e ne monitora annualmente l'attuazione;
- gestisce, ovvero si coordina con il soggetto gestore, le segnalazioni whistleblowing rilevanti ai fini del presente Piano, assicurando la riservatezza del segnalante secondo il D.Lgs. 24/2023;
- redige e aggiorna la sezione del Piano dedicata alla trasparenza, verifica l'adempimento degli obblighi di pubblicazione applicabili e ne segnala al Consiglio di Amministrazione il mancato o ritardato adempimento;
- decide con provvedimento motivato, entro venti giorni, sulle istanze di riesame in materia di accesso civico;
- redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta e il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione, da trasmettere al Consiglio di Amministrazione e all'Organismo di Vigilanza.

Al RPCT si estendono, per quanto di competenza, gli stessi autonomi poteri di iniziativa e controllo previsti dal MOG 231 in capo all'Organismo di Vigilanza, ivi compresa la facoltà di accedere senza limitazioni a ogni documento, registro e sistema informativo aziendale – ivi compresa la documentazione sanitaria, nel rispetto delle cautele previste dalla disciplina in materia di protezione dei dati personali – di richiedere informazioni a qualunque funzione e di avvalersi, entro il budget assegnato, di consulenti esterni.

Rapporti con l'Organismo di Vigilanza

RPCT e OdV operano in stretto raccordo: si trasmettono reciprocamente i verbali degli audit e delle attività svolte; il RPCT può partecipare alle riunioni dell'OdV; gli obblighi di informazione previsti dal MOG 231 verso l'OdV si intendono estesi al RPCT per i profili di rilievo anticorruttivo, evitando duplicazioni di flussi.

Nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto.

6.3 Responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, l'art. 1, commi 12 e 14, della L. 190/2012 prevede consistenti responsabilità in capo al RPCT che opera all'interno delle pubbliche amministrazioni. In particolare, il comma 12 stabilisce che, in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde sia sul piano dirigenziale sia sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul suo funzionamento e sulla sua osservanza. Le modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni del PTPCT, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

Tale disciplina è tuttavia integralmente incentrata sui dirigenti delle pubbliche amministrazioni e si rivela inapplicabile nell'ambito di un rapporto di diritto privato, non essendo predicabili, in tale contesto, il regime della responsabilità erariale e quello della responsabilità dirigenziale da pubblico impiego. Il Consorzio, accogliendo parzialmente l'impostazione prevista per le pubbliche amministrazioni, riconosce in capo al RPCT una responsabilità di natura contrattuale per il caso di omessa vigilanza, presidiata – per i soggetti legati all'Ente da rapporto di lavoro o di collaborazione – dal Sistema Disciplinare e Sanzionatorio adottato in seno al Modello 231 e dalle clausole risolutive e di responsabilità inserite nella lettera di incarico.

7. GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE

Il Piano definisce obblighi e misure che coinvolgono l'intera struttura. Come esplicitato nel P.N.A., la concentrazione della responsabilità in capo al RPCT non esclude che ciascun soggetto mantenga il proprio livello di responsabilità in

relazione ai compiti effettivamente svolti; l'attività del RPCT deve inoltre essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente – ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, mansioni e incarichi svolti a qualsiasi titolo – sono tenuti a rispettare rigorosamente le prescrizioni del presente Piano, del Codice Etico e del Codice di Condotta, nonché ad evitare comportamenti, anche omissivi, tali da impedire od ostacolare il rispetto del Piano e i controlli relativi alla sua applicazione da parte del RPCT.

Assemblea dei consorziati

Approva il bilancio di esercizio e nomina l'organo amministrativo. Riceve, unitamente al bilancio, informativa sullo stato di attuazione del presente Piano e sulla relazione annuale del RPCT.

Consiglio di Amministrazione

Quale organo di indirizzo del Consorzio: nomina il RPCT, definendone durata dell'incarico, poteri, risorse e budget; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza di cui al Capitolo 17.1; approva il Piano e i suoi aggiornamenti; delibera le assunzioni di personale e gli stanziamenti di fondi; assume le determinazioni conseguenti alle segnalazioni del RPCT. La durata dell'incarico di RPCT non può essere inferiore alla durata in carica dell'organo amministrativo e cessa alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della carica. Il RPCT può essere revocato solo per giusta causa; resta fermo l'obbligo di revoca nel caso in cui nei suoi confronti siano avviati procedimenti penali per condotte di natura corruttiva.

Presidente del Consiglio di Amministrazione

Quale legale rappresentante, datore di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e titolare dei poteri di gestione: cura i rapporti con l'ASP di Trapani e con le altre pubbliche amministrazioni; sottoscrive le istanze, le autocertificazioni e la convenzione; formalizza gli acquisti e conferisce gli incarichi professionali; autorizza i pagamenti. In ragione della concentrazione di poteri in capo a tale figura, il presente Piano prevede specifici presidi di segregazione, di doppia presenza e di controllo indipendente.

Organismo di Vigilanza

Organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo, costituito ai sensi del D.Lgs. 231/2001, cui compete tra l'altro: partecipare al processo di gestione del rischio; considerare i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei propri compiti ed esprimere parere sul Piano e sui suoi aggiornamenti; ricevere i flussi informativi previsti dal Modello 231, che rilevano anche ai fini anticorruttivi. È prevista una collaborazione strutturata tra Organismo di Vigilanza e RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Direttore Sanitario

Presidia l'appropriatezza e l'effettività dell'assistenza e l'imparzialità nel trattamento degli ospiti; valida sotto il profilo sanitario i dati di presenza posti a base della rendicontazione mensile all'ASP; verifica il possesso e la permanenza dei titoli abilitanti del personale sanitario e trasmette annualmente all'ASP e all'Assessorato l'elenco aggiornato del personale addetto ai servizi sanitari; verifica la completezza della documentazione sanitaria e acquisisce il consenso informato; è responsabile del servizio di farmacia interna e del registro di carico e scarico degli stupefacenti; costituisce l'interfaccia dell'Ente nei confronti delle Autorità Sanitarie e presidia gli adempimenti autorizzativi e di accreditamento; vigila sul rispetto delle regole deontologiche, con particolare riguardo al divieto di comparaggio e ai doveri di indipendenza professionale.

Responsabile della Qualità e URP

Presidia il sistema di gestione per la qualità conforme alla norma ISO 9001, cura la predisposizione e l'aggiornamento delle procedure, conduce gli audit interni, supporta il Presidente nell'individuazione, nella qualificazione e nella valutazione dei fornitori e cura la tenuta dell'albo, cura i rapporti con l'utenza e la gestione dei reclami e concorre alla rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei familiari. Ai fini del presente Piano, il Responsabile della Qualità e URP costituisce il principale canale strutturato di emersione delle criticità segnalate da ospiti e familiari ed è responsabile di trasmettere i flussi al RPCT.

Responsabili interni (Key Officer)

I Responsabili interni individuati dalla Parte Speciale del MOG 231 - Presidente, Direttore Sanitario, Responsabile della Qualità e URP, referente dell'area amministrativa - assumono, ai fini del presente Piano, anche la qualifica di referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per le rispettive aree. Essi: vigilano sul regolare svolgimento delle operazioni di cui sono referenti; informano i collaboratori dei rischi connessi; predispongono e conservano la documentazione rilevante; trasmettono al RPCT i flussi informativi; segnalano tempestivamente criticità, anomalie e situazioni di conflitto di interessi; concorrono all'aggiornamento della mappatura della propria area.

Personale sanitario, assistenziale e amministrativo, professionisti e collaboratori

Partecipano al processo di gestione del rischio osservando le misure contenute nel Piano, nel Codice Etico e nel Codice di Condotta; rendono le dichiarazioni previste in materia di conflitto di interessi; segnalano al proprio responsabile e, in ogni caso, al RPCT ogni situazione di illecito, di conflitto di interessi o di pressione indebita di cui vengano a conoscenza; si astengono dall'assumere decisioni in situazioni di conflitto, anche potenziale. Sul personale sanitario e assistenziale, che opera in contatto quotidiano e continuativo con persone prive di autonomia, grava un dovere rafforzato di segnalazione di ogni richiesta indebita di somme o utilità rivolta a ospiti e familiari, ovvero da questi ricevuta.

8. METODOLOGIA DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio corruttivo adottato dal Consorzio comprende l'insieme delle attività, delle metodologie e delle risorse coordinate per identificare, analizzare, ponderare e trattare i rischi, intesi come combinazione tra la probabilità che un evento si verifichi e le conseguenze che esso produce al suo realizzarsi.

I principi metodologici adottati, in recepimento dell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del P.N.A. 2019, sono i seguenti:

- **approccio sostanziale e non formalistico**: le misure sono selezionate in funzione della loro effettiva capacità di neutralizzare le cause del rischio, non della loro idoneità a documentare un adempimento;
- **gradualità**: il processo di gestione del rischio è sviluppato progressivamente nell'arco del triennio, con affinamento annuale della mappatura;
- **selettività**: le priorità di trattamento sono definite in funzione del livello di rischio, concentrando le risorse sui processi a rischio elevato, in primo luogo sul ciclo di rilevazione delle presenze e di rendicontazione delle rette;
- **integrazione con il Modello 231 e con il sistema qualità**: la valutazione muove dalla mappatura già condotta ai fini del Modello e dalle procedure del sistema di gestione per la qualità conforme alla norma ISO 9001, e ne estende il perimetro;
- **sostenibilità organizzativa**: le misure sono commisurate alle dimensioni della Struttura – circa trenta addetti, unica unità operativa, venti posti letto, gestione accentrata nel Presidente – evitando di introdurre adempimenti che l'organizzazione non sarebbe in grado di attuare e che renderebbero il Piano irrealistico;
- **razionalizzazione prima di implementazione**: si privilegia la messa a sistema e il rafforzamento dei controlli già esistenti rispetto all'introduzione di ulteriori livelli di controllo;
- **centralità della persona assistita**: nella ponderazione dell'impatto degli eventi rischiosi si è attribuito rilievo preminente, oltre al danno economico per la finanza pubblica e al danno reputazionale, al pregiudizio – anche solo potenziale – per la salute, la dignità e il patrimonio delle persone ospitate.

Le fasi del processo sono:

1. analisi del contesto (esterno e interno);
2. valutazione del rischio per ciascun processo (identificazione, analisi, ponderazione);
3. trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure);
4. monitoraggio e riesame.

Alle fasi centrali si affiancano le fasi trasversali della consultazione e comunicazione e del monitoraggio.

Gli esiti e gli obiettivi dell'attività svolta sono riportati nell'Allegato A "Mappatura delle aree a rischio corruttivo".

8.1 Analisi del contesto

Analisi del contesto esterno

Dinamiche territoriali e demografiche. L'Ente opera nel Comune di Alcamo (TP), nell'ambito territoriale del Libero Consorzio Comunale di Trapani, che comprende 25 comuni con una popolazione residente stimata in 410.602 abitanti al 1° gennaio 2026; il solo Comune di Alcamo conta 44.661 residenti alla medesima data (fonte: elaborazioni su dati ISTAT; si tratta di dati provvisori, destinati a essere consolidati con gli esiti del Censimento permanente della popolazione). Il bacino di utenza della Struttura è costituito prevalentemente dalla popolazione dei comuni del Distretto Sanitario di Alcamo e dei distretti limitrofi.

Il territorio è interessato, in linea con la dinamica demografica nazionale e regionale, da un progressivo invecchiamento della popolazione e da un conseguente incremento della domanda di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, con particolare riferimento alle demenze. A fronte di tale domanda, l'offerta di posti letto in RSA convenzionate è contingentata dalla programmazione regionale, che ne determina il numero e le modalità di accesso dei soggetti privati (D.A. n. 1325/2010, D.A. n. 2582/2011 e D.A. n. 209/2022). Lo squilibrio strutturale tra domanda e offerta e il carattere programmato e limitato del numero di posti letto costituiscono, di per sé, fattori abilitanti del rischio corruttivo, in quanto conferiscono un significativo valore economico e sociale sia alla titolarità dell'accreditamento e della convenzione, sia alla disponibilità del singolo posto letto.

Contesto criminologico. Il territorio della provincia di Trapani è storicamente interessato da una significativa presenza di criminalità organizzata di stampo mafioso, oggetto di costante attenzione da parte delle autorità inquirenti e giudiziarie. L'impresa mafiosa opera tipicamente mediante comportamenti estorsivi e corruttivi finalizzati alla penetrazione illecita del mercato, con particolare interesse per i settori caratterizzati da flussi continuativi di risorse pubbliche, quali quello socio-sanitario e assistenziale. Pur non risultando, allo stato, alcun elemento che riconduca l'Ente o i suoi esponenti a tali contesti – e avendo l'ASP di Trapani attivato, in sede di rinnovo della convenzione, la richiesta di informazione antimafia per il tramite della Banca Dati Nazionale Antimafia ai sensi dell'art. 91 del D.Lgs. 159/2011 – il rischio di infiltrazione nei rapporti di fornitura e di servizio e il rischio di richieste estorsive o di pressioni indebite sono presidiati dalle misure di qualifica delle controparti di cui alla Sezione IX della Parte Speciale del MOG 231 e dalle misure del presente Piano in materia di qualifica dei fornitori e di segnalazione delle pressioni indebite.

Il fenomeno corruttivo nel settore socio-sanitario residenziale. Il settore sanitario è tra quelli maggiormente esposti al rischio corruttivo. La Corte dei conti ha rilevato che in sanità i fenomeni di corruzione si intrecciano con episodi di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo. In tale contesto, ANAC e Ministero della Salute hanno siglato, in data 21 aprile 2016, un protocollo d'intesa per condurre in maniera condivisa attività di verifica, controllo e valutazione sull'implementazione dei piani di prevenzione della corruzione da parte delle aziende sanitarie e degli enti assimilati del SSN.

Con specifico riguardo alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti, gli ambiti di maggiore criticità evidenziati dalla prassi ispettiva e dalla casistica di settore riguardano: la rendicontazione di giornate di presenza non effettive, con particolare riferimento alle giornate di ricovero ospedaliero, di assenza temporanea e successive al decesso o alla dimissione; il mantenimento formale di posti letto in realtà non occupati; l'erogazione del servizio con dotazioni organiche inferiori agli standard convenzionali e di accreditamento, ovvero con figure professionali diverse da quelle prescritte; la richiesta a familiari di integrazioni di retta, "contributi" o forniture di beni e servizi già ricompresi nella retta a carico del SSR; il condizionamento delle valutazioni multidimensionali e dell'ordine di accesso alle strutture; l'approfittamento della condizione di fragilità degli ospiti nella gestione dei loro beni e nella captazione di liberalità; il condizionamento delle scelte di acquisto nei rapporti con produttori e distributori di farmaci, presidi e prodotti per la nutrizione.

Portatori di interesse esterni. In ragione del regime di convenzione e di accreditamento, i principali soggetti con cui l'Ente interagisce sono: l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani (Distretto Sanitario di Alcamo, Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene degli Ambienti di Vita, U.O.C. Affari Generali, Contratti e Convenzioni, U.O.S. Convenzioni e Protocolli d'intesa, U.O.C. Risorse Economiche, Finanziarie e Patrimoniali, Unità di Valutazione Multidimensionale, Servizio Farmaceutico); l'Assessorato regionale della Salute della Regione Siciliana; il Comune di Alcamo e i Comuni di residenza degli ospiti; i medici di medicina generale, titolari dell'assistenza medica di base degli ospiti; le strutture ospedaliere di riferimento; l'Agenzia delle Entrate, l'INPS, l'INAIL, l'Ispettorato Territoriale del Lavoro; l'Arma dei Carabinieri – NAS; la Guardia di Finanza; l'ARPA Sicilia e gli enti competenti in materia di rifiuti; il

Garante per la protezione dei dati personali; gli Ordini professionali di appartenenza degli operatori sanitari; gli ospiti, i loro familiari, gli amministratori di sostegno e i tutori; le cooperative sociali consorziate; i fornitori di derrate alimentari, farmaci, presidi e materiali sanitari, le imprese di manutenzione, l'impresa incaricata dello smaltimento dei rifiuti sanitari, i consulenti e i professionisti incaricati.

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha avuto ad oggetto gli aspetti organizzativi e gestionali che influenzano la sensibilità della Struttura al rischio corruttivo.

L'Ente

Il Consorzio Area Vita è un consorzio con attività esterna, costituito con atto del 21 dicembre 2007 e iscritto al Registro delle Imprese di Trapani dal 15 gennaio 2008 (codice fiscale e numero di iscrizione 02297160810, REA TP-160092), con sede legale in Castellammare del Golfo (TP), Via Quintino Sella n. 42, e unità locale operativa in Alcamo (TP), Via Vito Guarrasi n. 3. Il fondo consortile ammonta a € 4.500,00 ed è alimentato, oltre che dai contributi consortili annuali, dai proventi delle attività ricomprese nell'oggetto sociale e dai trasferimenti concessi da enti pubblici e privati. I consorziati sono tre cooperative sociali: Orizzonte Società Cooperativa Sociale, Life Società Cooperativa Sociale ed Ermes Società Cooperativa Sociale.

L'oggetto sociale statutario è di ampiezza assai estesa e ricomprende un articolato insieme di attività socio-assistenziali, socio-sanitarie, formative ed educative. L'attività prevalente concretamente esercitata, quale risultante dal Registro delle Imprese, è tuttavia univoca: "R.S.A. in convenzione (residenza sanitaria assistita in convenzione con l'ASP di Trapani)", codice ATECO 87.10.00 – attività di assistenza infermieristica residenziale.

L'attività e il rapporto con il Servizio Sanitario Regionale

La RSA "Bonifato" è una struttura socio-sanitaria a carattere residenziale destinata a soggetti anziani non autosufficienti, disabili e, in particolare, ad anziani non autosufficienti affetti da morbo di Alzheimer non assistibili a domicilio. L'edificio è articolato su tre piani oltre un seminterrato: il piano terra ospita l'accettazione, la direzione amministrativa, la palestra e i locali per la riabilitazione, le attività occupazionali, la sala pranzo, la cucina e la cappella; il primo e il secondo piano ospitano le camere degli ospiti, per un totale di 20 posti letto, oltre al soggiorno polivalente, ai servizi di podologia e parrucchieria, all'infermeria e alla direzione medica.

La Struttura è autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria dall'ASP di Trapani – autorizzazione n. 42/12 del 28 novembre 2012 e successivi provvedimenti, da ultimo autorizzazione n. 13 del 16 aprile 2026 – ed è accreditata istituzionalmente ai sensi del D.A. n. 890/2002 con D.D.G. n. 28 del 25 gennaio 2022 per complessivi n. 20 posti letto destinati a soggetti affetti da morbo di Alzheimer.

Il rapporto con il Servizio Sanitario Regionale è regolato dalla convenzione rep. n. 5279 del 22 giugno 2026, stipulata in forza della Deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASP di Trapani n. 796 dell'8 giugno 2026, per il biennio 1° aprile 2026 – 31 marzo 2028, per un importo di € 2.585.000,00 oltre I.V.A. al 5%, per complessivi € 2.714.250,00. Ai sensi del D.A. n. 1058 dell'8 ottobre 2025, per ciascun ospite anziano non autosufficiente affetto da Alzheimer è riconosciuta una retta giornaliera complessiva di € 177,00, comprensiva della diaria aggiuntiva di € 59,00 per il modulo Alzheimer, interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale fin dal primo giorno di ricovero. La liquidazione è disposta dagli uffici amministrativi del Distretto Sanitario di Alcamo, cui il medesimo provvedimento affida altresì i controlli in ordine alla correttezza delle prestazioni effettuate.

L'ammissione degli ospiti avviene esclusivamente su autorizzazione dell'ASP, a valle della valutazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale effettuata mediante la scheda SVAMA; la lista d'attesa è gestita dall'ASP e dai Distretti Sanitari competenti, che ne determinano l'ordine di priorità sulla base del punteggio della scheda di valutazione. Il Consorzio è tenuto a trasmettere all'ASP il rendiconto mensile delle presenze giornaliere effettive di ciascun ospite e la relazione consuntiva annuale sull'andamento tecnico della gestione del servizio.

Assetto organizzativo

La struttura organizzativa, quale risultante dall'organigramma e dal funzionigramma, è così articolata.

- **Assemblea dei consorziati**: organo cui competono le deliberazioni riservate dalla legge e dallo statuto, tra cui l'approvazione del bilancio e la nomina dell'organo amministrativo.

- **Consiglio di Amministrazione**: organo collegiale cui compete la definizione delle linee di sviluppo del Consorzio, il governo finanziario, economico e patrimoniale, la deliberazione delle assunzioni di personale e degli stanziamenti di fondi.
- **Presidente del Consiglio di Amministrazione**: legale rappresentante dell'Ente; è responsabile dei risultati complessivi e risponde dell'attuazione dei deliberati assembleari; cura i rapporti con gli enti convenzionanti e con le Pubbliche Amministrazioni; formalizza gli acquisti di beni e servizi; conferisce gli incarichi di consulenza esterna; stipula contratti e convenzioni; assicura l'adeguatezza del Manuale della Qualità e presiede il Comitato Qualità; riveste la qualità di datore di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008.
- **Vice Presidente**: sostituisce il Presidente in caso di impedimento temporaneo o assenza prolungata, anche nella rappresentanza verso l'esterno.
- **Segreteria di Direzione**: svolge attività di supporto alla governance nella gestione degli atti amministrativi, conserva le cartelle personali dei dipendenti e il documento relativo all'organico in servizio.
- **Direzione Sanitaria**: il Direttore Sanitario risponde personalmente dell'organizzazione tecnico-funzionale dei servizi erogati, del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale operante e del rispetto delle regole di deontologia professionale; verifica la completezza della documentazione sanitaria; acquisisce il consenso informato; è responsabile del servizio di farmacia interna, ivi compreso il registro di carico e scarico degli stupefacenti; garantisce la sorveglianza e il controllo delle infezioni; verifica e autorizza l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale addetto ai servizi sanitari; approva, insieme al Presidente, il piano annuale di formazione; approva la Carta dei Servizi; redige, congiuntamente al Responsabile della Qualità, la relazione annuale di autovalutazione trasmessa all'Assessorato e all'ASP; trasmette annualmente l'elenco aggiornato del personale addetto ai servizi sanitari; presiede il Comitato dei Medici.
- **Medici specialisti collaboratori**: operano d'intesa con il Direttore Sanitario nella gestione clinica degli ospiti, nella tenuta delle cartelle cliniche e nel raccordo con i medici di medicina generale, titolari dell'assistenza medica di base degli ospiti e responsabili della terapia ordinaria.
- **Area sanitaria e assistenziale**: infermieri professionali, con presenza continuativa nelle ventiquattro ore; fisioterapisti; assistente sociale, quale interfaccia formalizzata con i familiari e referente delle pratiche assistenziali e, secondo il funzionigramma, della gestione delle piccole spese personali degli ospiti; animatore; operatori socio-sanitari (O.S.S.) e operatori socio-assistenziali (O.S.A.).
- **Area amministrativa**: impiegati amministrativi addetti alla segreteria, alla contabilità, alla rilevazione e rendicontazione delle presenze e alla fatturazione verso l'ASP, nonché alla gestione amministrativa del personale, con il supporto di un consulente del lavoro esterno delegato alla tenuta del Libro Unico del Lavoro ai sensi dell'art. 5 della L. 12/1979.
- **Responsabile della Qualità e URP**: presidia il sistema di gestione per la qualità conforme alla norma ISO 9001, cura la predisposizione e l'aggiornamento delle procedure e delle istruzioni operative, conduce gli audit interni, rileva gli indicatori di qualità, elabora i piani di miglioramento, verifica l'attuazione dei piani di formazione, cura la redazione del Manuale della Qualità e la verbalizzazione del Comitato Qualità, gestisce i rapporti con l'utenza e i reclami.
- **Servizio di Prevenzione e Protezione**: il Responsabile (RSPP) è un professionista esterno designato dal datore di lavoro; completano il sistema il Medico Competente, il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza – eletto con verbale del 2 luglio 2026 – e gli addetti alle emergenze e al primo soccorso.
- **Servizi generali**: cucina interna, con cuoco e aiuto cuochi, per il servizio mensa degli ospiti, con possibilità di elaborazione di menù personalizzati.
- **Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/2001**: organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, disciplinato dalla Parte Generale del Modello di organizzazione e gestione.

Sistema dei controlli interni e strumenti di governance

Il sistema di controllo interno dell'Ente si fonda sui seguenti elementi, che il presente Piano assume quale base di partenza e rafforza in chiave anticorruttiva:

- lo Statuto consortile e i libri sociali;
- l'Organigramma e il Funzionigramma, con le job descriptions sottoscritte e sottoposte a revisione almeno annuale;

- il sistema di gestione per la qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001, con le relative procedure – tra cui la gestione delle risorse umane, la gestione delle informazioni documentate, il riesame della direzione, la gestione dei rapporti contrattuali e dei reclami, la gestione e il controllo delle infrastrutture e delle apparecchiature, la gestione e analisi dei dati, la rilevazione della customer satisfaction – e il Comitato Qualità;
- la Carta dei Servizi, che definisce i principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, partecipazione, efficienza ed efficacia, le prestazioni erogate, le modalità di accesso, gli orari di visita e le modalità di dimissione;
- il sistema documentale sanitario presidiato dalla Direzione Sanitaria (cartelle cliniche, diari, PAI, registro delle presenze, registri di farmacia);
- il sistema di prevenzione e protezione ex D.Lgs. 81/2008 (Documento di Valutazione dei Rischi aggiornato al 7 luglio 2026, nomina del RSPP, nomina del Medico Competente, elezione del RLS);
- il registro dei trattamenti e le procedure adottate in materia di protezione dei dati personali;
- la convenzione con impresa autorizzata per la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti sanitari;
- la tracciabilità dei flussi finanziari relativi alla commessa pubblica sul conto corrente dedicato comunicato all'ASP ai sensi della L. 136/2010;
- il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001, con il Codice Etico, il Codice di Condotta, il Sistema Disciplinare e Sanzionatorio, la Tabella dei Rischi e i protocolli operativi;
- il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Sistema di deleghe e procure

Il sistema dei poteri dell'Ente è caratterizzato da un assetto semplice, coerente con le dimensioni organizzative: la rappresentanza legale e i poteri gestori competono al Presidente del Consiglio di Amministrazione, con supplenza del Vice Presidente; il Presidente può conferire limitati poteri o incarichi specifici ai singoli consiglieri, determinandone attribuzioni, funzioni e poteri. Completano il sistema: la nomina del Direttore Sanitario, con le responsabilità attribuite dalla normativa sanitaria regionale; la designazione del RSPP e la nomina del Medico Competente ai sensi del D.Lgs. 81/2008; la delega al consulente del lavoro esterno per la tenuta del Libro Unico del Lavoro e l'amministrazione del personale; l'individuazione dei soggetti delegati ad operare sul conto corrente dedicato alle commesse pubbliche, comunicati all'ASP ai sensi della L. 136/2010.

Costituisce principio del Modello, richiamato e rafforzato dal presente Piano, che ogni eventuale futura delega o procura sia conferita per iscritto, con limiti di spesa e di materia coerenti con la natura dell'incarico, garantendo la separazione tra chi autorizza, chi esegue e chi controlla. Ogni modifica dei poteri e delle deleghe è comunicata all'Organismo di Vigilanza e al RPCT.

8.2 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive e preventive. Come indicato anche dalla norma UNI ISO 37001, la valutazione del rischio ha lo scopo di costruire una base solida su cui fondare la prevenzione della corruzione.

La valutazione del rischio deve essere fatta per ciascun processo e consiste in tre fasi:

1. identificazione del rischio (Risk identification);
2. analisi del rischio (Risk analysis);
3. ponderazione del rischio (Risk evaluation).

Identificazione del rischio

Per ciascun processo sono stati individuati gli eventi rischiosi, ossia le condotte di natura corruttiva astrattamente ipotizzabili, applicando il principio di prudenza: sono stati considerati tutti gli eventi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi, in quanto un evento non identificato in questa fase non sarebbe considerato nelle fasi successive, con conseguente scarsa efficacia del Piano.

L'Ente ha stabilito di valutare il livello di rischio di corruzione sulla base dei seguenti criteri:

- dimensione e struttura della società,
- luogo e settore in cui opera,

- natura, entità, complessità del tipo di attività,
- soggetti con cui entra in contatto: utenti, fornitori, dipendenti e collaboratori, PA,
- natura e frequenza delle interazioni con la PA,

Sono stati, inoltre, considerati:

- il contesto interno e la mappatura dei processi,
- fonti informative interne (es: consultazione e confronto con i responsabili dei settori e il personale amministrativo; ma anche: procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, incontri con il personale),
- tra le fonti esterne, PNA 2015 suggerisce di non sottovalutare:
  a) i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione o dell'ente. Possono essere considerate le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso e i decreti di citazione a giudizio riguardanti i reati contro la PA e il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
  b) i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
  c) i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.
  d) le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente quelle ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing. È opportuno considerare anche quelle trasmesse dall'esterno dell'amministrazione o dell'ente. Altri dati da considerare possono emergere dai reclami e dalle risultanze di indagini di customer satisfaction che consentono di indirizzare l'attenzione su fenomeni di cattiva gestione;
  e) ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. rassegne stampa.).

Analisi del rischio

L'analisi del rischio ha avuto l'obiettivo di consentire una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati, di individuare le cause e i fattori abilitanti che ne favoriscono il verificarsi e di stabilire il livello di esposizione al rischio dei processi analizzati. Per ciascun processo sono stati pertanto descritti i potenziali comportamenti corruttivi e le azioni volte a ottenere vantaggi illeciti, con indicazione delle relative finalità e dei fattori abilitanti (concentrazione di poteri, assenza di formalizzazione, discrezionalità di fatto, monopolio informativo, contatto diretto con soggetti pubblici, fragilità della controparte).

Ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi svolta e confrontarlo con gli altri rischi al fine di stabilire le priorità e l'urgenza di trattamento.

L'analisi svolta ha permesso di classificare i rischi individuati in base al loro livello di rischio. I processi con livello di rischio più elevati costituiscono le aree di rischio più sensibili da trattare con maggiore urgenza.

Per graduare i livelli di rischio emersi per ciascun processo, è stato utilizzato il sistema di valutazione/ponderazione basato su 3 livelli di rischio:

RISCHIO ELEVATO	Priorità elevata = interventi urgenti	
RISCHIO MODERATO	Priorità media = interventi a medio termine	
RISCHIO BASSO	Interventi da valutare in sede di riesame annuale	

Gli esiti dell'attività svolta sono stati riportati nell'allegato A "MAPPATURA AREE A RISCHIO".

8.3 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione delle misure finalizzate a prevenire, ridurre o eliminare la probabilità che si verifichino eventi corruttivi. Le misure si distinguono in:

- **misure generali**, di carattere trasversale, applicabili a tutte le attività della Società;

- **misure specifiche**, riferite alle singole aree e ai singoli processi a rischio.

Le misure sono state identificate secondo i requisiti di efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa e adattamento alle caratteristiche specifiche della Società; esse sono state programmate indicando, per ciascuna, il soggetto responsabile dell'attuazione, la tempistica e l'indicatore di monitoraggio.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal RPCT con l'eventuale coinvolgimento dell'Organismo di Vigilanza della società nominato ai sensi del D. Lgs. 231/01.

La fase del trattamento del rischio è stata divisa in due sotto-fasi:

A. **Identificazione delle misure:** sono state identificate le misure di trattamento con i seguenti tre requisiti:

- efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio: ciò è possibile solo a seguito di un'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;

- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: sono state identificate le misure che risultano concretamente attuabili da parte dell'ente, evitando così di rendere irrealistico lo stesso PTPCT;

- adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione: sono state identificate misure adatte alle peculiari esigenze dell'ente e alla sua organizzazione.

B. **Programmazione delle misure**: le misure individuate sono state programmate adeguatamente, indicando:

- la tempistica, con indicazione delle fasi necessarie per l'attuazione della misura, in modo da consentire il monitoraggio da parte del RPCT;

- i responsabili, cioè gli uffici preposti all'attuazione della misura;

- gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi.

8.4 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio riguarda tutte le fasi della gestione del rischio, al fine di intercettare rischi emergenti e di identificare processi organizzativi eventualmente tralasciati in fase di mappatura. Delle risultanze del monitoraggio si dà conto nel successivo PTPCT e nella relazione annuale del RPCT.

Il monitoraggio del Piano avviene mediante audit periodici, condotti secondo il programma minimo di cui al Capitolo 14.1 e, ove possibile, in coordinamento con il programma degli audit interni del sistema di gestione per la qualità, così da evitare duplicazioni e da valorizzare le competenze già presenti in Struttura. Particolare attenzione è posta al monitoraggio sull'attuazione delle misure, attraverso gli indicatori programmati. Il monitoraggio sull'efficace attuazione delle misure anticorruzione è effettuato con cadenza almeno annuale, e semestrale per le aree a rischio elevato, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse.

9. MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E MISURE SPECIFICHE

La mappatura dei processi ha riguardato sia le aree di rischio che il P.N.A. considera generali – comuni a tutte le organizzazioni: acquisizione e gestione del personale; affidamento di forniture e servizi; gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio; controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni; incarichi e nomine; affari legali e contenzioso; provvedimenti ampliativi della sfera giuridica – sia le aree di rischio specifiche proprie di una residenza sanitaria assistenziale accreditata e convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale.

Le aree di rischio individuate sono le seguenti.

Area	Denominazione	Natura
A	Rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Regionale: rilevazione delle presenze, rendicontazione e fatturazione delle rette	Specifica
B	Accesso alla Struttura: ammissioni, liste d'attesa, dimissioni e rapporti con l'UVM e i Distretti Sanitari	Specifica
C	Tutela dell'ospite: effettività e appropriatezza dell'assistenza, rapporti con ospiti e familiari, somme e beni personali, liberalità	Specifica
D	Autorizzazione sanitaria, accreditamento, adempimenti, verifiche, ispezioni e contenzioso	Generale e specifica

Area	Denominazione	Natura
E	Acquisti, fornitori, farmaci e presidi, apparecchiature, manutenzioni e rifiuti sanitari	Generale e specifica
F	Acquisizione e gestione del personale, incarichi professionali e formazione	Generale
G	Gestione dei flussi economici e finanziari e rapporti con le cooperative consorziate	Generale
H	Relazioni esterne, omaggi, liberalità, sponsorizzazioni e comunicazione	Generale e specifica
I	Documentazione sanitaria, dati personali e sistemi informativi	Specifica

Il presente Capitolo rinvia, quanto al dettaglio analitico dei singoli processi, ai valori di probabilità e impatto e agli indicatori di monitoraggio, all'Allegato A. Si riportano di seguito, per ciascuna area, la sintesi degli eventi rischiosi e l'indicazione delle misure specifiche, nella loro dimensione descrittiva.

9.1 Area A – Rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Regionale: rilevazione delle presenze, rendicontazione e fatturazione delle rette

Rilevanza: ELEVATA. Costituisce l'area di massima esposizione dell'Ente. Il ciclo che va dalla rilevazione quotidiana della presenza dell'ospite alla liquidazione della retta da parte del Distretto Sanitario è il canale attraverso il quale transita la totalità dei ricavi del Consorzio, integralmente costituiti da risorse pubbliche. L'alterazione, anche marginale, del dato di presenza si traduce immediatamente in un indebito arricchimento a danno della finanza pubblica; la reiterazione della condotta integra le fattispecie di truffa aggravata ai danni dello Stato, frode nelle pubbliche forniture e indebita percezione di erogazioni pubbliche. Il personale sanitario e assistenziale, nell'esercizio dell'attività resa per conto del Servizio Sanitario, può inoltre assumere la qualifica di incaricato di pubblico servizio.

Processi. Rilevazione quotidiana delle presenze degli ospiti; registrazione e comunicazione delle assenze temporanee, dei ricoveri ospedalieri, delle dimissioni e dei decessi; predisposizione, validazione e trasmissione del rendiconto mensile all'ASP; emissione delle fatture per le rette; gestione delle contestazioni, delle rettifiche e delle richieste di chiarimento del Distretto Sanitario; incasso delle competenze sul conto dedicato; predisposizione della relazione consuntiva annuale sull'andamento tecnico della gestione; gestione della convenzione e delle procedure di rinnovo, ivi comprese le autocertificazioni richieste dall'ASP.

Principali eventi rischiosi. Indicazione nel rendiconto mensile di giornate di presenza non effettive, con particolare riferimento alle giornate di ricovero ospedaliero, di assenza temporanea, di permesso di uscita prolungato, successive al decesso o alla dimissione; omessa, incompleta o ritardata comunicazione all'ASP delle variazioni rilevanti ai fini della retta; correzione non tracciata dei registri di presenza; emissione di fatture per prestazioni non erogate o difformi da quelle convenzionali; manipolazione dei dati inseriti nei sistemi telematici o trasmessi per via informatica; omessa segnalazione e mancata restituzione di indebiti pagamenti riscontrati; dazione o promessa di utilità ai funzionari del Distretto Sanitario addetti al controllo e alla liquidazione, al fine di ottenere la liquidazione di rendiconti irregolari o l'attenuazione dei controlli; dazione o promessa di utilità ai funzionari dell'ASP coinvolti nell'istruttoria di stipula o di rinnovo della convenzione; resa di autocertificazioni non veritiere in ordine ai requisiti soggettivi del legale rappresentante e della compagine consortile; attivazione di canali informali per orientare l'esito delle istruttorie; traffico di influenze illecite.

Misure specifiche

- **Segregazione del ciclo presenze-rendiconto-fattura e riconciliazione a tre vie.** È mantenuta e formalizzata la separazione tra chi rileva la presenza (personale infermieristico e assistenziale, mediante registro giornaliero), chi valida il dato sotto il profilo sanitario (Direttore Sanitario), chi predispone il rendiconto mensile e la fattura (area amministrativa) e chi li sottoscrive e trasmette (Presidente). Prima della trasmissione all'ASP, il referente dell'area amministrativa esegue e documenta la riconciliazione a tre vie tra registro giornaliero delle presenze, comunicazioni di ricovero, assenza, dimissione e decesso, e rendiconto da trasmettere, dandone evidenza in apposito prospetto sottoscritto anche dal Direttore Sanitario. Il prospetto è conservato unitamente al rendiconto.
- **Immodificabilità e tracciabilità del registro delle presenze.** Il registro giornaliero delle presenze è compilato contestualmente, in modo da non consentire cancellazioni. Ogni successiva correzione o integrazione è tracciata

con evidenza dell'autore, della data e della motivazione, senza soppressione del dato originario. È vietata la tenuta di registrazioni parallele, cartacee o informali, del dato di presenza.

- **Verifica a campione del RPCT sulla corrispondenza presenze-rendiconto-fattura.** Il RPCT, con cadenza almeno semestrale, estrae un campione non inferiore al 10% delle giornate rendicontate nel semestre e ne verifica la corrispondenza con il registro delle presenze, il diario assistenziale, le comunicazioni di ricovero e assenza, la documentazione sanitaria e la fattura emessa. La verifica include, in ogni caso, la totalità delle giornate rendicontate in relazione a ospiti deceduti, dimessi o ricoverati in ambito ospedaliero nel semestre di riferimento. L'esito è verbalizzato e trasmesso al Consiglio di Amministrazione e all'Organismo di Vigilanza (che nel caso di specie coincide con il RPCT).
- **Tracciabilità delle rettifiche, delle contestazioni e degli indebiti.** Ogni rettifica del rendiconto e ogni contestazione, richiesta di chiarimento, rilievo o penalità dell'ASP sono registrati in apposito scadenzario, con indicazione della motivazione, del soggetto che vi ha provveduto e dell'esito. Ogni errore o indebito pagamento riscontrato è comunicato per iscritto all'ASP e l'importo è restituito, con evidenza documentale. La corrispondenza con l'ASP è veicolata a mezzo PEC e archiviata in modo ordinato.
- **Presidio dei rapporti con i funzionari dell'ASP e del Distretto.** Gli incontri con funzionari dell'ASP e del Distretto Sanitario relativi al rapporto convenzionale, ai controlli o alla liquidazione si svolgono, salvo urgenza documentata, alla presenza di almeno due rappresentanti dell'Ente e sono oggetto di annotazione interna sintetica. È fatto assoluto divieto di offrire o concedere denaro, omaggi, ospitalità, prestazioni gratuite o qualsiasi altra utilità a funzionari pubblici e a loro familiari in ragione della funzione ricoperta; le eventuali richieste ricevute sono immediatamente segnalate al Presidente, al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) secondo la procedura di segnalazione delle pressioni indebite.
- **Presidio delle autocertificazioni rese all'ASP.** Le autocertificazioni del legale rappresentante e dei componenti della compagine consortile richieste dall'ASP ai fini della stipula e del rinnovo della convenzione – rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con riferimento ai parametri di cui agli artt. 94 e 96 del D.Lgs. 36/2023 – sono predisposte previa acquisizione della documentazione di riscontro (visure, certificati del casellario giudiziale e dei carichi pendenti, DURC) e sono conservate unitamente a tale documentazione. Il RPCT verifica annualmente la completezza e l'aggiornamento del fascicolo. È fatto divieto di rendere dichiarazioni non veritiere o incomplete, anche in relazione a soggetti diversi dal dichiarante, essendo la non veridicità causa di risoluzione di diritto della convenzione ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.
- **Verifica della permanenza degli standard convenzionali.** Il Direttore Sanitario e il Responsabile della Qualità e URP verificano semestralmente, con evidenza documentale, la permanenza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e degli standard di dotazione organica previsti dalla convenzione e dalla normativa regionale, dandone atto in apposito verbale trasmesso al Presidente, al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto). Ogni scostamento è oggetto di piano di rientro tracciato e, ove rilevante, di comunicazione all'ASP. La misura presidia il rischio di erogazione del servizio in difformità dagli standard con occultamento della difformità all'Azienda.
- **Protocollo dedicato.** Sono adottati, con priorità elevata, i protocolli 231 "Rendicontazione delle presenze e fatturazione al SSR" e "Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione", già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231, che formalizzano le misure che precedono.

9.2 Area B – Accesso alla Struttura: ammissioni, liste d'attesa, dimissioni e rapporti con l'UVM e i Distretti Sanitari

Rilevanza: ELEVATA. L'area presidia il bene giuridico dell'equità nell'accesso a una risorsa pubblica scarsa e contingentata. L'Ente non dispone di potere decisionale sull'ammissione, integralmente rimessa all'UVM e ai Distretti Sanitari; il rischio si configura pertanto, in via prevalente, quale condizionamento dall'esterno delle determinazioni pubbliche, ovvero quale sfruttamento della posizione di contatto privilegiato con l'utenza e con gli uffici.

Processi. Contatti preventivi con ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori; informazione sulle modalità di accesso e supporto nella compilazione della modulistica RSA; rapporti con l'ufficio UVM e con i Distretti Sanitari; ricezione e verifica delle autorizzazioni al ricovero; accoglienza, presa in carico e redazione del Piano Assistenziale Individualizzato; gestione della conservazione del posto in caso di ricovero ospedaliero o assenza temporanea; gestione delle dimissioni e delle relative relazioni cliniche; comunicazione delle movimentazioni all'ASP.

Principali eventi rischiosi. Promessa o dazione di utilità a componenti dell'UVM, a funzionari distrettuali o a medici di medicina generale per orientare valutazioni, punteggi SVAMA, ordine di priorità in lista d'attesa, ammissioni o dimissioni; ricezione da parte del personale di denaro o altre utilità da ospiti o familiari quale condizione o corsia preferenziale per l'ingresso; segnalazione preferenziale di nominativi a uffici distrettuali; interferenza informale sull'ordine della lista d'attesa; ritardo strumentale nella comunicazione di dimissioni o decessi al fine di conservare la saturazione dei posti letto; dimissione o mancata riammissione di ospiti a maggiore intensità assistenziale per ragioni di convenienza economica; trattamento discriminatorio degli ospiti in ragione di vantaggi economici attesi da familiari; assegnazione di camere o collocazioni di miglior comfort in ragione di utilità ricevute.

Misure specifiche

- **Divieto assoluto di interferenza sulla lista d'attesa e canalizzazione dei contatti.** È fatto divieto a chiunque operi per conto dell'Ente di interloquire con l'UVM o con i Distretti Sanitari al fine di segnalare, sollecitare o anticipare l'ingresso di singoli nominativi. Ogni contatto istituzionale con l'UVM e con i Distretti in ordine ad ammissioni e dimissioni è riservato al Direttore Sanitario e al Presidente, è veicolato per iscritto o a mezzo PEC ed è archiviato. Le richieste informali provenienti da terzi, da familiari o da soggetti pubblici sono segnalate al RPCT.
- **Registro cronologico degli accessi e delle movimentazioni.** È tenuto un registro cronologico, unico e informatizzato, di tutti gli ingressi, trasferimenti, ricoveri ospedalieri, rientri, dimissioni e decessi, con indicazione per ciascun ingresso degli estremi dell'autorizzazione distrettuale al ricovero, della data di ricezione della stessa e della data di effettiva ammissione. Il registro consente al RPCT di verificare la corrispondenza tra ordine di autorizzazione ricevuta e ordine di ammissione effettiva; ogni scostamento è motivato per iscritto.
- **Verifica documentale preventiva all'ammissione.** Non è consentita l'ammissione di alcun ospite in assenza dell'autorizzazione al ricovero rilasciata dal Distretto Sanitario di competenza. Il Direttore Sanitario verifica e attesta, prima dell'ingresso, la presenza dell'autorizzazione e la completezza della documentazione prevista dalla Carta dei Servizi. La verifica è tracciata nel registro cronologico degli accessi e delle movimentazioni.
- **Tempestività e tracciabilità delle comunicazioni all'ASP.** Le comunicazioni all'ASP relative a decessi, dimissioni, ricoveri ospedalieri e assenze rilevanti ai fini della retta sono effettuate entro il termine previsto dalla convenzione e, in mancanza, entro le ventiquattro ore lavorative successive all'evento, a mezzo PEC, con conservazione della ricevuta. Il rispetto dei termini è oggetto di rilevazione trimestrale a cura del referente dell'area amministrativa e di flusso informativo al RPCT.
- **Informazione trasparente e uniforme all'utenza.** L'informazione a ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori sulle modalità di accesso, sui criteri di priorità determinati dall'ASP, sulla documentazione necessaria, sugli orari di visita, sui permessi di uscita e sulle modalità di dimissione è resa esclusivamente sulla base della Carta dei Servizi, che è consegnata all'atto del primo contatto e pubblicata sul sito web istituzionale. È fatto divieto di rappresentare a chicchessia la disponibilità di canali di accesso preferenziali o di tempi di attesa differenziati.
- **Motivazione e validazione delle dimissioni disposte dall'Ente.** Ogni dimissione non disposta dall'UVM o non richiesta dall'ospite o dai familiari è deliberata dal Direttore Sanitario con provvedimento scritto e motivato sotto il profilo clinico-assistenziale, comunicato all'ASP e ai familiari e accompagnato dalla relazione clinica prevista dalla Carta dei Servizi. Il RPCT esamina annualmente tali provvedimenti al fine di verificare l'assenza di correlazioni tra dimissioni disposte dall'Ente e maggiore intensità assistenziale o minore convenienza economica del caso.

9.3 Area C – Tutela dell'ospite: effettività e appropriatezza dell'assistenza, rapporti con ospiti e familiari, somme e beni personali, liberalità

Rilevanza: ELEVATA. Si tratta dell'area di rischio più caratteristica di una residenza sanitaria assistenziale e, al tempo stesso, di quella meno presidiata dagli strumenti tradizionali dell'anticorruzione, in quanto ha ad oggetto condotte che si consumano nel rapporto quotidiano e riservato tra operatore e persona assistita. L'utenza della Struttura è composta da persone anziane non autosufficienti affette da morbo di Alzheimer, ossia da soggetti con capacità cognitive compromesse, in condizione di dipendenza assistenziale totale e, di regola, prive della possibilità di denunciare autonomamente abusi o richieste indebite. L'impatto di ogni evento rischioso è pertanto valutato al massimo grado.

Processi. Erogazione delle prestazioni assistenziali, sanitarie, riabilitative, di animazione e alberghiere previste dalla Carta dei Servizi e dalla convenzione; redazione, attuazione e aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato; rapporti con ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori; gestione delle somme e degli effetti personali degli

ospiti; gestione delle richieste di prestazioni aggiuntive e dei servizi non compresi nella retta; ricezione di liberalità e donazioni; gestione dei reclami e delle segnalazioni dell'utenza; rilevazione della soddisfazione di ospiti e familiari.

Principali eventi rischiosi. Richiesta a ospiti, familiari, amministratori di sostegno o tutori di somme di denaro, integrazioni di retta, "contributi", regali o altre utilità non dovuti, quale condizione per l'accesso, per la permanenza, per l'assegnazione di una determinata camera, per una migliore qualità dell'assistenza o per l'erogazione di prestazioni già ricomprese nella retta a carico del SSR; richiesta ai familiari di fornire beni o servizi già ricompresi negli obblighi convenzionali dell'Ente; erogazione del servizio con dotazioni organiche, prestazioni, derrate alimentari o materiali inferiori agli standard convenzionali, con indebito risparmio di costi; redazione del PAI e delle registrazioni assistenziali in modo difforme dalle prestazioni effettivamente rese; appropriazione o gestione non tracciata delle somme e degli effetti personali degli ospiti; captazione di liberalità, donazioni o disposizioni testamentarie in favore dell'Ente, dei suoi esponenti o dei suoi operatori, approfittando della fragilità cognitiva dell'ospite; accettazione di liberalità di provenienza non verificabile; trattamento differenziato degli ospiti in ragione di utilità ricevute; omessa o distorta gestione dei reclami idonea a occultare condotte rilevanti.

Misure specifiche

- **Divieto assoluto di richiesta di somme e utilità a ospiti e familiari.** È fatto divieto assoluto a chiunque operi per conto dell'Ente, a qualsiasi titolo, di richiedere o accettare da ospiti, familiari, amministratori di sostegno o tutori denaro, regali o altre utilità, sotto qualsiasi forma e a qualsiasi titolo, ivi compresi i "contributi" comunque denominati e le mance. Il divieto è espressamente richiamato nella Carta dei Servizi, affisso in modo visibile all'ingresso della Struttura e nei locali di accoglienza, unitamente all'indicazione dei recapiti del RPCT e del canale di segnalazione. Ogni offerta ricevuta, ancorché rifiutata, è segnalata al RPCT.
- **Trasparenza sui contenuti della retta e sui servizi aggiuntivi.** È predisposto e reso disponibile a ospiti e familiari, e pubblicato sul sito web, un prospetto analitico dei servizi e delle prestazioni ricompresi nella retta a carico del Servizio Sanitario Regionale, con espressa indicazione dell'assenza di oneri a carico dell'ospite e dei familiari. Gli eventuali servizi non ricompresi nella retta, richiesti volontariamente dall'ospite o dai familiari, sono erogati esclusivamente a fronte di richiesta scritta dell'interessato, sono regolati da un tariffario predeterminato e pubblicato, sono fatturati e sono registrati in apposito elenco trasmesso annualmente al RPCT.
- **Verifica dell'effettività e della corrispondenza delle prestazioni.** Il Direttore Sanitario, con il supporto del Responsabile della Qualità e URP, verifica semestralmente, mediante controlli a campione sui PAI, sui diari assistenziali, sui piani di lavoro, sui turni effettivamente svolti e sui menù somministrati, la corrispondenza tra prestazioni programmate, prestazioni registrate e prestazioni effettivamente rese, con particolare riguardo alla presenza h24 del personale infermieristico e assistenziale e agli standard di dotazione organica. L'esito è verbalizzato e trasmesso al RPCT.
- **Protocollo per la gestione delle somme e degli effetti personali degli ospiti.** La gestione di somme, valori ed effetti personali degli ospiti è disciplinata da apposito protocollo, adottato entro il primo anno di vigenza del Piano, che prevede: la limitazione della giacenza a importi minimi; la tenuta di un registro individuale per ciascun ospite, con annotazione cronologica di ogni entrata e uscita, causale e sottoscrizione; la conservazione dei giustificativi di spesa; la rendicontazione periodica, almeno trimestrale, al familiare di riferimento, all'amministratore di sostegno o al tutore, con acquisizione di ricevuta; il riscontro periodico da parte di soggetto diverso da quello che gestisce le somme; il divieto di detenere deleghe, procure, poteri di firma o mezzi di pagamento riferiti a conti correnti o rapporti bancari degli ospiti. La gestione è affidata all'assistente sociale secondo il funzionigramma; il riscontro periodico è effettuato dal referente dell'area amministrativa e la rendicontazione è validata dal Direttore Sanitario.
- **Divieto di captazione di liberalità e di disposizioni patrimoniali.** È fatto divieto a chiunque operi per conto dell'Ente, e ai loro familiari, di sollecitare, accettare o comunque beneficiare di donazioni, liberalità, lasciti testamentari, nomine ad amministratore di sostegno o tutore, deleghe o procure provenienti da ospiti della Struttura o dai loro familiari. Le liberalità eventualmente offerte all'Ente da familiari o da terzi sono accettate esclusivamente con atto formale del Consiglio di Amministrazione, sono registrate in contabilità e nel registro unico degli omaggi e delle liberalità, sono rifiutate ove di provenienza non verificabile o ove provenienti da ospiti o da familiari di ospiti attualmente ricoverati, e sono comunicate al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto). Ogni notizia relativa a disposizioni patrimoniali in favore di operatori è immediatamente segnalata al RPCT, che riferisce al Consiglio di Amministrazione per le determinazioni di competenza.

- **Canale di ascolto e gestione strutturata dei reclami.** Il Responsabile della Qualità e URP assicura un canale di ascolto accessibile a ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori, con modulistica disponibile in Struttura e sul sito web e con possibilità di segnalazione anche in forma anonima. Ogni reclamo o segnalazione è protocollato, istruito e riscontrato per iscritto entro trenta giorni; il registro dei reclami, con indicazione dell'oggetto, dell'esito e delle azioni correttive adottate, è trasmesso semestralmente al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto). I reclami aventi ad oggetto richieste di denaro o utilità, differenze di trattamento o carenze assistenziali sono trasmessi immediatamente al RPCT e trattati secondo la procedura di segnalazione delle pressioni indebite.
- **Formazione dedicata del personale di assistenza diretta.** Il personale infermieristico, socio-sanitario e socio-assistenziale, che opera in contatto quotidiano e riservato con persone prive di autonomia, è destinatario di una specifica sessione formativa annuale sulla tutela della persona fragile, sul divieto di accettare utilità, sui doveri di segnalazione e sulle modalità di gestione delle somme e degli effetti personali, secondo la disciplina degli omaggi e delle liberalità.

9.4 Area D – Autorizzazione sanitaria, accreditamento, adempimenti, verifiche, ispezioni e contenzioso

Rilevanza: da MODERATA a ELEVATA. L'area comprende i procedimenti dai quali dipende la stessa legittimazione dell'Ente a esercitare l'attività e a mantenere il rapporto con il Servizio Sanitario Regionale. La sanzione interdittiva della sospensione o revoca dell'autorizzazione sanitaria e il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione avrebbero, per il Consorzio, effetto immediatamente estintivo dell'attività.

Processi. Ottenimento, mantenimento, rinnovo e variazione dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento istituzionale; comunicazioni obbligatorie relative a locali, attrezzature, personale, direzione sanitaria e titolarità; trasmissione annuale dell'elenco del personale sanitario all'ASP e all'Assessorato; invio della relazione annuale di autovalutazione e della Carta dei Servizi; pagamento delle tasse di concessione governativa; verifiche del Dipartimento di Prevenzione sulla permanenza dei requisiti autorizzativi e igienico-sanitari; controlli del Distretto Sanitario sull'esecuzione della convenzione ai sensi dell'art. 12 del D.A. n. 1325/2010; ispezioni dei NAS, dell'Ispettorato del Lavoro, degli enti previdenziali e assicurativi, dell'Amministrazione finanziaria e delle autorità in materia di protezione dei dati e ambiente; adempimenti fiscali, tributari e previdenziali; acquisizione e gestione di contributi, agevolazioni e finanziamenti pubblici; contenzioso giudiziale e stragiudiziale e accordi transattivi; rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

Principali eventi rischiosi. Dazione o promessa di utilità a funzionari pubblici per ottenere, conservare o accelerare autorizzazioni e accreditamenti, per ottenere esiti favorevoli di verifiche e ispezioni o la mancata contestazione di irregolarità; produzione di documenti, planimetrie, relazioni tecniche o dichiarazioni sostitutive non veritiere; omissione delle comunicazioni di variazione dovute, con particolare riguardo alle variazioni di direzione sanitaria e di dotazione organica; esercizio dell'attività in difformità dai titoli autorizzativi o con requisiti inferiori a quelli accreditati; occultamento, alterazione o distruzione di documenti in sede ispettiva; occultamento di non conformità o di eventi avversi rilevanti ai fini dei controlli; concussione subita; percezione di contributi o agevolazioni sulla base di dichiarazioni non veritiere e loro impiego difforme dalla destinazione; compensazione con crediti inesistenti; utilizzo di incarichi legali o di accordi transattivi quale veicolo di provvista per finalità illecite; pressioni su dipendenti o collaboratori chiamati a rendere dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria.

Misure specifiche

- **Scadenzario degli adempimenti autorizzativi e di accreditamento.** È tenuto e aggiornato uno scadenzario unico degli adempimenti connessi all'autorizzazione sanitaria e all'accreditamento – tasse di concessione governativa, trasmissione dell'elenco del personale sanitario al 1° gennaio di ogni anno, relazione annuale di autovalutazione, aggiornamento e trasmissione della Carta dei Servizi, comunicazioni di variazione relative a locali, attrezzature, personale, direzione sanitaria e titolarità, verifiche periodiche degli impianti e delle apparecchiature – con evidenza dell'avvenuto adempimento e del soggetto responsabile. Lo scadenzario è verificato semestralmente dal Responsabile della Qualità e URP e trasmesso annualmente al RPCT.
- **Verifica preventiva delle dichiarazioni e della documentazione tecnica.** Le dichiarazioni sostitutive e la documentazione tecnica presentate a supporto delle istanze sono verificate preventivamente dal Direttore Sanitario per i profili sanitari e dal Responsabile della Qualità e URP per i profili strutturali e organizzativi, e sono sottoscritte

dal Presidente. Gli incarichi ai tecnici esterni sono formalizzati per iscritto con clausola di rispetto del Codice Etico e del Modello.

- **Presidio delle visite ispettive.** A ogni verifica ispettiva presenziano almeno due rappresentanti dell'Ente, di norma il Direttore Sanitario o il Responsabile della Qualità e URP unitamente a un addetto amministrativo. Dell'accesso è redatta annotazione interna; il verbale rilasciato dagli organi ispettivi è acquisito e archiviato; i rilievi sono gestiti mediante piani di adeguamento tracciati, con indicazione del responsabile e del termine, e verificati dal Responsabile della Qualità e URP secondo le procedure del sistema qualità in materia di non conformità e azioni correttive. È fatto divieto di occultare, distruggere o alterare documenti, di ostacolare o ritardare indebitamente le attività ispettive e di assecondare richieste indebite dei verificatori, che devono essere immediatamente segnalate al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **Adempimenti fiscali e contributivi tracciati.** Gli adempimenti dichiarativi sono affidati a professionisti abilitati con incarico formalizzato; il pagamento di imposte e contributi avviene esclusivamente mediante strumenti tracciabili; il referente dell'area amministrativa verifica periodicamente la regolarità dei versamenti mediante quietanze F24 e DURC, la cui regolarità costituisce altresì presupposto della liquidazione delle rette da parte dell'ASP. È vietata la compensazione con crediti inesistenti o non spettanti.
- **Contributi, agevolazioni e finanziamenti pubblici.** Ogni domanda di contributo, agevolazione o finanziamento pubblico - ivi compresi quelli connessi ad attività diverse dalla gestione della RSA, ove attivate - è approvata preventivamente dal Consiglio di Amministrazione; i dati e i documenti presentati sono veritieri e completi; le somme sono destinate esclusivamente alle finalità per cui sono concesse, con rendicontazione documentata e conservazione della documentazione di progetto e di spesa per i termini di legge. È vietato riconoscere ai consulenti compensi determinati in percentuale sul contributo ottenuto in assenza di giustificazione contrattuale trasparente. È adottato il protocollo 231 "Contributi e finanziamenti pubblici" ove il processo divenga operativo.
- **Contenzioso e accordi transattivi.** Gli incarichi ai legali sono conferiti per iscritto, con indicazione dell'oggetto e del compenso e con clausola di rispetto del Codice Etico; gli accordi transattivi - con l'ASP, con dipendenti, fornitori, ospiti o familiari, anche in materia di responsabilità sanitaria - sono approvati dal Presidente o dal Consiglio di Amministrazione secondo i rispettivi poteri, previo parere scritto del legale incaricato sulla convenienza e sulla legittimità, con condizioni economiche giustificate e documentate; i relativi pagamenti sono tracciabili ed effettuati esclusivamente in favore della controparte. È fatto divieto di esercitare qualsiasi pressione su soggetti chiamati a rendere dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria. È adottato il protocollo 231 "Gestione dei contenziosi e degli accordi transattivi".
- **Presidio della continuità della direzione sanitaria.** Ogni variazione della direzione sanitaria è comunicata all'ASP nei termini prescritti e forma oggetto di provvedimento formale di nomina e di accettazione dell'incarico, con verifica preventiva dei titoli e delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità richieste dalla normativa regionale. Il RPCT verifica annualmente la corrispondenza tra il direttore sanitario in carica, quello risultante dai provvedimenti autorizzativi e quello indicato nella Carta dei Servizi e nelle comunicazioni informative rese al pubblico ai sensi dell'art. 1, comma 536, della L. 145/2018.
- **Protocollo dedicato.** Sono adottati, con priorità elevata, i protocolli 231 "Gestione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione" e "Gestione delle verifiche ispettive", già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231.

9.5 Area E – Acquisti, fornitori, farmaci e presidi, apparecchiature, manutenzioni e rifiuti sanitari

Rilevanza: MODERATA. Il ciclo passivo costituisce il canale tipico attraverso il quale possono essere costituite provviste occulte destinate ad alimentare condotte corruttive, nonché il canale di più probabile infiltrazione di controparti riconducibili a contesti criminali.

Processi. Approvvigionamento di derrate alimentari per la cucina interna; acquisto di farmaci di fascia C e di presidi non erogati dal Servizio Farmaceutico dell'ASP; acquisto di materiali di consumo sanitario, presidi per l'incontinenza, prodotti per la nutrizione e per la sanificazione; acquisto e manutenzione di attrezzature e apparecchiature, ivi comprese quelle della palestra e dei locali per la riabilitazione; manutenzione degli immobili e degli impianti; utenze; selezione, qualifica, monitoraggio e valutazione periodica dei fornitori; gestione del magazzino, delle scorte e delle scadenze; gestione dei rifiuti sanitari pericolosi e dei rifiuti assimilabili agli urbani.

Principali eventi rischiosi. Ricezione, da parte di esponenti o dipendenti, di denaro, omaggi, viaggi, ospitalità, corsi o altre utilità da fornitori, distributori o imprese di manutenzione, al fine di orientare le scelte di acquisto, di attenuare i controlli di conformità o di accettare forniture difformi (corruzione tra privati); selezione di fornitori in assenza di criteri oggettivi e di confronto concorrenziale; rapporti di fornitura consolidati e mai riesaminati; acquisti a condizioni economiche anomale, sovrafatturazione o acquisti fittizi, quale strumento di costituzione di provvista occulta; acquisto di derrate alimentari o materiali di qualità inferiore rispetto a quelli previsti dalla convenzione e dal capitolato del servizio mensa; omissione o superficialità dei controlli di conformità e di ricevimento; alterazione della documentazione di manutenzione o omissione delle verifiche periodiche sulle apparecchiature e sugli impianti, con risparmio di costi e pregiudizio per la sicurezza degli ospiti e dei lavoratori; conferimento dei rifiuti sanitari pericolosi a soggetti privi delle prescritte autorizzazioni; alterazione o omessa compilazione di formulari e registri; indicazione non veritiera dei pesi; infiltrazione di controparti riconducibili a contesti criminali; richieste estorsive.

Misure specifiche

- **Segregazione del ciclo passivo.** È mantenuta e formalizzata la separazione tra chi manifesta il fabbisogno (responsabile del servizio interessato, mediante richiesta scritta e motivata), chi formalizza l'ordine e autorizza la spesa (Presidente), chi attesta il ricevimento e la conformità della fornitura – soggetto diverso dall'ordinante: il responsabile del servizio cucina per le derrate alimentari, la Direzione Sanitaria per farmaci, presidi e materiali sanitari, il Responsabile della Qualità e URP per attrezzature e manutenzioni – e chi registra e predispone il pagamento (area amministrativa). La corrispondenza tra ordine, documento di trasporto o bolla e fattura è verificata e documentata prima del pagamento.
- **Albo dei fornitori qualificati, verifiche e riesame periodico.** È mantenuto e aggiornato l'albo dei fornitori previsto dal sistema di gestione per la qualità – definito dal Presidente, che ne cura la valutazione preventiva e approva quella successiva, con il supporto del Responsabile della Qualità e URP cui compete la tenuta – integrato entro il secondo anno di vigenza del Piano con l'evidenza dei criteri di selezione applicati e delle verifiche svolte: visura camerale, regolarità contributiva (DURC), autorizzazioni di settore, iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Ambientali per l'impresa incaricata dei rifiuti, conformità normativa dei dispositivi e dei prodotti. Per gli affidamenti di importo superiore alla soglia definita dal Consiglio di Amministrazione è acquisita autodichiarazione sui requisiti di moralità e, ove praticabile, il confronto di almeno due preventivi; l'eventuale affidamento diretto è motivato per iscritto. I fornitori principali sono sottoposti a riesame o benchmark almeno triennale, con verbalizzazione dell'esito e delle ragioni dell'eventuale conferma. È vietato intrattenere rapporti economici con soggetti dei quali sia nota la contiguità a contesti criminali.
- **Divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione.** È fatto divieto a esponenti, dipendenti, medici e collaboratori di accettare da fornitori, distributori, informatori scientifici e imprese di manutenzione denaro, omaggi o altre utilità di valore non simbolico, sotto qualsiasi forma, ivi compresi viaggi, ospitalità, corsi e materiali di valore. Ogni offerta ricevuta è segnalata al RPCT e annotata nel registro unico degli omaggi e delle liberalità.
- **Controllo di conformità delle derrate alimentari e dei materiali.** Il responsabile del servizio cucina verifica e attesta, per ogni consegna, la corrispondenza tra quanto ordinato e quanto ricevuto sotto il profilo della quantità, della qualità, della marca e della data di scadenza, e ne dà evidenza documentale. La Direzione Sanitaria verifica la conformità dei farmaci, dei presidi e dei materiali sanitari e la loro coerenza con i menù e con i piani assistenziali. Le non conformità sono registrate secondo le procedure del sistema qualità e comunicate al Presidente e al RPCT quando ricorrenti.
- **Manutenzione e verifiche periodiche delle apparecchiature e degli impianti.** È tenuto e aggiornato il registro delle manutenzioni e delle verifiche periodiche di apparecchiature, ausili, attrezzature riabilitative, impianti elettrici, termici e antincendio e presidi antincendio, con conservazione dei rapporti di intervento e dei verbali di verifica, secondo le procedure del sistema qualità in materia di gestione e controllo delle infrastrutture e delle apparecchiature. Ogni omissione o ritardo significativo è segnalato al RPCT.
- **Gestione dei rifiuti sanitari.** Sono verificate, all'atto della stipula e periodicamente a ogni rinnovo, le autorizzazioni e l'iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Ambientali dell'impresa incaricata; sono rispettati i limiti temporali e quantitativi del deposito temporaneo; il confezionamento e la pesatura dei contenitori sono effettuati correttamente e i dati indicati nei formulari sono veritieri; i formulari di identificazione sono compilati, sottoscritti e conservati, con verifica del ritorno della copia controfirmata dall'impianto di destinazione; il registro cronologico di carico e scarico è tenuto secondo la normativa vigente. È vietato il conferimento a soggetti non autorizzati, la

miscelazione di rifiuti pericolosi e lo smaltimento nel circuito urbano. Il personale addetto riceve formazione specifica.

- **Protocollo dedicato.** Sono adottati i protocolli 231 "Acquisti e qualifica dei fornitori" e "Gestione dei rifiuti sanitari", già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231.

9.6 Area F – Acquisizione e gestione del personale, incarichi professionali e formazione

Rilevanza: MODERATA. L'area assume, nel contesto dell'Ente, un rilievo peculiare sotto un duplice profilo: da un lato, l'assunzione o l'incarico possono costituire l'utilità corruttiva riconosciuta a un pubblico funzionario o a un terzo; dall'altro, la dotazione organica costituisce l'oggetto stesso dell'obbligazione convenzionale, sicché la selezione di personale privo dei titoli prescritti o l'impiego di figure professionali diverse da quelle richieste si riflettono direttamente sulla correttezza della prestazione resa al Servizio Sanitario Regionale.

Processi. Valutazione del fabbisogno di personale, in rapporto agli standard di accreditamento e convenzionali; selezione e assunzione del personale dipendente; conferimento di incarichi a medici specialisti collaboratori e ad altri professionisti sanitari; conferimento di incarichi a consulenti e professionisti esterni (consulente del lavoro, consulente fiscale, consulente per il sistema qualità, RSPP, Medico Competente, legali, tecnici, consulenti informatici); gestione amministrativa dei rapporti di lavoro e verifica della regolarità del soggiorno dei lavoratori extracomunitari; attivazione e gestione di tirocini; formazione ed educazione continua; attribuzione di premi, benefit e rimborsi spese; affidamento a terzi di servizi.

Principali eventi rischiosi. Assunzioni o conferimenti di incarichi fondati su criteri di conoscenza, amicizia o favore personale anziché su criteri di professionalità e competenza; assunzioni o incarichi disposti su segnalazione di pubblici funzionari o quale contropartita di atti d'ufficio; conferimento di incarichi non necessari, allo scopo di creare un'opportunità di lavoro al soggetto incaricato; incarichi fittizi o compensi sproporzionati, quale possibile veicolo di provvista per finalità corruttive; omessa verifica dei titoli abilitanti, dell'iscrizione all'albo e delle coperture assicurative dei professionisti sanitari; impiego di personale in numero o con qualifiche inferiori agli standard convenzionali; violazione del divieto di pantouflage nell'assunzione o nell'incarico a ex dipendenti pubblici, con particolare riguardo a funzionari dell'ASP e a componenti dell'UVM; impiego di lavoratori privi di regolare titolo di soggiorno o in condizioni di sfruttamento; utilizzo sostitutivo dei tirocinanti; finanziamento di eventi formativi da parte di fornitori quale forma dissimulata di utilità.

Misure specifiche

- **Documentazione della valutazione del fabbisogno e dei criteri di selezione.** Il fabbisogno di personale è deliberato dal Consiglio di Amministrazione, con espressa motivazione riferita agli standard di accreditamento e convenzionali e al parere del Direttore Sanitario per il personale sanitario e assistenziale. Il profilo ricercato, i criteri di valutazione e gli esiti dei colloqui sono sinteticamente verbalizzati e conservati. È fatto divieto di procedere ad assunzioni o incarichi riconducibili a segnalazioni di pubblici funzionari in potenziale conflitto di interessi; ogni segnalazione ricevuta è comunicata al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **Verifica dei requisiti e dei titoli.** Prima dell'avvio dell'attività sono verificati, acquisiti e conservati: titolo di studio e titoli abilitanti, iscrizione all'albo professionale, eventuali specializzazioni dichiarate, copertura assicurativa professionale ove prevista, regolarità del titolo di soggiorno per i lavoratori extracomunitari, presa visione del DVR e del DUVRI, idoneità alla mansione rilasciata dal Medico Competente. La verifica dei titoli del personale sanitario compete al Direttore Sanitario ed è tracciata. È tenuto uno scadenzario dei permessi di soggiorno e delle coperture assicurative.
- **Dichiarazioni ostative e di conflitto di interessi.** Al momento dell'assunzione o del conferimento dell'incarico, e successivamente con cadenza annuale, i soggetti interessati rendono le dichiarazioni in materia di pantouflage, conflitto di interessi, inconferibilità e incompatibilità.
- **Formalizzazione e congruità degli incarichi professionali.** Gli incarichi a consulenti e professionisti sono conferiti per iscritto dal Presidente, con descrizione dell'oggetto, dei tempi e del compenso; la congruità del compenso rispetto ai valori professionali di riferimento è verificata e, per gli incarichi di importo significativo, motivata; l'effettività della prestazione è verificata prima del pagamento, che avviene esclusivamente con strumenti tracciabili. È inserita la clausola di rispetto del Codice Etico, del Modello e del presente Piano. È vietato il

conferimento di incarichi fittizi. L'elenco degli incarichi in essere e dei relativi compensi è trasmesso annualmente all'Organismo di Vigilanza e al RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

- **Presidio della corrispondenza tra organico e standard convenzionali.** Il Direttore Sanitario, con il supporto del Responsabile della Qualità e URP, verifica semestralmente la corrispondenza tra l'organico effettivamente in servizio - per numero, qualifica e monte ore - e gli standard previsti dalla convenzione e dalla normativa regionale di accreditamento, dandone evidenza nel verbale di verifica della permanenza degli standard convenzionali. La misura presidia il rischio di erogazione del servizio in difformità dagli standard.
- **Formazione ed eventi formativi finanziati da terzi.** La partecipazione del personale a eventi formativi finanziati, in tutto o in parte, da fornitori, produttori o distributori è preventivamente autorizzata dal Presidente, sentito il Direttore Sanitario, previa verifica della coerenza dell'evento con il piano annuale di formazione e dell'assenza di condizionamenti sulle scelte di acquisto; l'autorizzazione e i relativi elementi sono annotati nel registro degli eventi formativi finanziati da terzi.
- **Premi, benefit e rimborsi spese.** I criteri di attribuzione di premi e benefit sono definiti e documentati; i rimborsi spese sono riconosciuti esclusivamente a fronte di giustificativi e sono registrati in contabilità. Il referente dell'area amministrativa ne dà evidenza al RPCT in sede di riesame annuale.

9.7 Area G – Gestione dei flussi economici e finanziari e rapporti con le cooperative consorziate

Rilevanza: MODERATA. I flussi attivi provengono in via pressoché esclusiva dall'ASP di Trapani e transitano sul conto corrente dedicato comunicato ai sensi della L. 136/2010, il che ne assicura di per sé un elevato grado di tracciabilità. Il rischio si concentra pertanto sul ciclo passivo, sulla gestione della cassa contante e sui rapporti economici infraconsortili, che costituiscono il principale canale attraverso il quale potrebbero essere veicolate risorse prive di sostanza economica.

Processi. Gestione degli incassi delle rette liquidate dall'ASP sul conto dedicato; gestione dei pagamenti a fornitori, professionisti, dipendenti, imposte e contributi; gestione della cassa contante per le spese minute e per gli acquisti urgenti di farmaci; riconciliazioni bancarie e rapporti con gli istituti di credito; formazione del bilancio di esercizio e adempimenti contabili e IVA; gestione dei rapporti economici tra il Consorzio e le cooperative sociali consorziate (prestazioni di servizi, distacchi di personale, ribaltamenti di costi, contributi consortili); gestione del fondo consortile e delle operazioni straordinarie; informativa ai consorziati e verbalizzazione degli organi sociali.

Principali eventi rischiosi. Pagamenti privi di riscontro contrattuale o documentale, ovvero verso coordinate bancarie riferibili a soggetti estranei al rapporto; utilizzo di conti diversi da quello dedicato per i movimenti relativi alla commessa pubblica; costituzione di fondi occulti o disponibilità extracontabili mediante sovrafatturazione o operazioni inesistenti; gestione non tracciata della cassa contante; regolazione dei rapporti infraconsortili a condizioni ingiustificatamente difformi da quelle di mercato o in assenza di effettività della prestazione; emissione o utilizzo di fatture per operazioni inesistenti nei rapporti con le consorziate; false comunicazioni sociali e impedito controllo dei consorziati; accettazione o impiego di somme di provenienza illecita; reimpiego di proventi di delitti presupposto commessi nell'interesse dell'Ente (autoriciclaggio).

Misure specifiche

- **Canalizzazione e tracciabilità dei flussi.** I movimenti relativi alla convenzione sono canalizzati sul conto corrente dedicato comunicato all'ASP ai sensi della L. 136/2010, con operatività riservata ai soli soggetti delegati comunicati. I pagamenti sono eseguiti esclusivamente con strumenti tracciabili, a fronte di fattura o documento giustificativo e verso coordinate bancarie intestate alla controparte contrattuale, con verifica rafforzata e documentata in caso di variazione dell'IBAN. È vietato eseguire pagamenti su conti esteri o intestati a terzi estranei al rapporto. Ogni variazione del conto dedicato e dei soggetti delegati è comunicata all'ASP, all'Organismo di Vigilanza e al RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **Gestione della cassa contante.** La cassa contante è limitata alle spese minute e agli acquisti urgenti previsti dalle procedure interne, è tenuta mediante registro delle entrate e delle uscite con causale e giustificativo, ed è sottoposta a riscontro periodico, almeno trimestrale, da parte di soggetto diverso dal cassiere. È vietato ogni frazionamento artificioso e ogni pagamento in contanti eccedente i limiti interni e di legge.

- **Separazione tra predisposizione e autorizzazione dei pagamenti e riconciliazioni.** Il referente dell'area amministrativa predispone i pagamenti; il Presidente, titolare dei poteri di firma bancaria, li autorizza. Sono effettuate riconciliazioni bancarie periodiche e la quadratura tra rendiconti trasmessi all'ASP, fatture emesse e incassi accreditati sul conto dedicato, con evidenza documentale e segnalazione delle anomalie al RPCT.
- **Formalizzazione e verifica dei rapporti con le cooperative consorziate.** Ogni rapporto economico tra il Consorzio e le cooperative consorziate – prestazioni di servizi, distacchi o somministrazioni di personale, ribaltamenti di costi, utilizzo di beni – è formalizzato con contratto scritto, a condizioni di mercato documentate, con evidenza oggettiva dell'effettività della prestazione resa e con pagamento tracciabile. Il Presidente comunica annualmente all'Organismo di Vigilanza e al RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) l'elenco dei rapporti economici in essere con le consorziate, con indicazione dell'oggetto, del corrispettivo e degli elementi di riscontro della congruità. Il RPCT verifica annualmente, su base campionaria, l'effettività delle prestazioni fatturate dalle consorziate.
- **Correttezza dell'informativa societaria e dei libri sociali.** Le riunioni dell'Assemblea dei consorziati e del Consiglio di Amministrazione sono regolarmente verbalizzate e i libri sociali sono tenuti e conservati; l'informativa ai consorziati è completa e tempestiva; le operazioni sul fondo consortile sono deliberate nel rispetto della legge e dello statuto. È fatto divieto di fornire ai consorziati informazioni non veritiere e di ostacolarne in qualsiasi forma i controlli.
- **Protocollo dedicato.** Sono adottati i protocolli 231 "Gestione dei flussi finanziari" e "Gestione amministrativa, contabile e fiscale", già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231.

9.8 Area H – Relazioni esterne, omaggi, liberalità, sponsorizzazioni, rapporti con informatori scientifici e comunicazione

Rilevanza: MODERATA. L'area comprende i canali attraverso i quali possono essere veicolate, in forma dissimulata, utilità indebite verso soggetti pubblici o verso soggetti in grado di orientare l'ingresso di ospiti nella Struttura.

Processi. Concessione e ricezione di omaggi e liberalità; spese di rappresentanza; sponsorizzazioni ricevute ed erogate; rapporti con informatori scientifici e case produttrici di farmaci, presidi e prodotti per la nutrizione; iniziative di comunicazione, informazione sanitaria e rapporti con i mezzi di informazione; rapporti con soggetti che a vario titolo orientano l'utenza verso la Struttura (medici di medicina generale, reparti ospedalieri, servizi sociali comunali, associazioni).

Principali eventi rischiosi. Utilizzo di omaggi, liberalità, ospitalità, prestazioni gratuite o sponsorizzazioni quale veicolo di utilità indebite verso funzionari dell'ASP, componenti dell'UVM, medici prescrittori pubblici, operatori dei servizi sociali o soggetti comunque in grado di influenzare decisioni riguardanti l'Ente; ricezione da parte del personale di utilità da parte di informatori scientifici e produttori, in violazione del divieto di comparaggio; corresponsione di compensi o utilità a terzi per l'orientamento di utenza verso la Struttura; accettazione di liberalità o sponsorizzazioni di provenienza non verificabile; diffusione di comunicazioni promozionali ingannevoli o non conformi alla disciplina della comunicazione informativa sanitaria.

Misure specifiche

- **Registro unico degli omaggi e delle liberalità.** È istituito un registro unico degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza, in entrata e in uscita, tenuto dal referente dell'area amministrativa, con indicazione di data, beneficiario o offerente, natura, valore stimato, finalità e soggetto autorizzante. Sono ammessi esclusivamente omaggi di valore simbolico, orientativamente non superiore a 150 euro, effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e autorizzati dal Presidente. Il registro è trasmesso annualmente al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **Divieto rafforzato verso soggetti pubblici e verso ospiti e familiari.** È vietata la concessione di omaggi, ospitalità, prestazioni gratuite, posti letto a condizioni di favore o altre utilità a pubblici ufficiali, incaricati di pubblico servizio, componenti dell'UVM, medici del Servizio Sanitario Nazionale e loro familiari, in particolare in costanza di procedimenti che interessino l'Ente. È del pari vietata, ai sensi del divieto di captazione di liberalità, ogni acquisizione di utilità da ospiti e familiari. Il RPCT verifica annualmente il registro unico degli omaggi e delle liberalità con specifico riguardo ai beneficiari che rivestano la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, o siano loro familiari.

- **Disciplina dei rapporti con informatori scientifici e produttori.** Gli incontri con informatori scientifici e rappresentanti di case produttrici si svolgono in orari e spazi definiti, su appuntamento registrato, alla presenza del Direttore Sanitario o di suo delegato; il materiale ricevuto è annotato ove eccedente il valore simbolico. È richiamato espressamente il divieto di comparaggio di cui all'art. 170 del T.U.LL.SS. e all'art. 123 del D.Lgs. 219/2006 con riferimento ai medicinali e, per i dispositivi medici, i presidi e i prodotti per la nutrizione, il dovere deontologico di indipendenza professionale.
- **Sponsorizzazioni e beneficenza.** Le sponsorizzazioni e le erogazioni liberali ricevute o effettuate sono formalizzate in atti scritti, approvati dal Consiglio di Amministrazione, con indicazione della controprestazione ove prevista e con registrazione contabile. È vietata ogni forma di sponsorizzazione o beneficenza, diretta o indiretta, in favore di soggetti pubblici o di iniziative riconducibili a funzionari, componenti dell'UVM o loro familiari con i quali l'Ente intrattenga rapporti.
- **Comunicazione informativa sanitaria conforme e divieto di procacciamento.** Le iniziative di comunicazione e informazione sono approvate dal Presidente, sentito il Direttore Sanitario, e rispettano la disciplina della comunicazione informativa sanitaria di cui all'art. 1, commi 525 e 536, della L. 145/2018, con indicazione del direttore sanitario e contenuto funzionale alla tutela della salute, non ingannevole e privo di carattere suggestivo. È vietata la corresponsione di compensi o utilità a terzi, sotto qualsiasi forma, per l'orientamento di utenza verso la Struttura.

9.9 Area I – Documentazione sanitaria, dati personali e sistemi informativi

Rilevanza: da MODERATA a ELEVATA. La documentazione sanitaria e assistenziale costituisce, unitamente al registro delle presenze, il supporto probatorio dell'effettività delle prestazioni rendicontate all'ASP: la sua alterazione è pertanto strumento tipico delle condotte fraudolente di cui all'Area A. La Struttura tratta inoltre, in via continuativa, dati appartenenti a categorie particolari riferiti a persone in condizione di fragilità estrema.

Processi. Formazione, tenuta, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria e assistenziale (cartelle cliniche, diari, PAI, prescrizioni, registro delle presenze, registri di farmacia e degli stupefacenti, schede sanitarie dei dipendenti); gestione delle postazioni informatiche e delle credenziali di accesso; utilizzo dei portali telematici della Pubblica Amministrazione; posta elettronica ordinaria e certificata; backup e conservazione; gestione delle violazioni di dati personali; rapporti con i fornitori di servizi informatici; rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto.

Principali eventi rischiosi. Formazione o alterazione postuma di cartelle, diari e registrazioni a supporto di prestazioni non erogate o difformi; cancellazione o modifica non tracciata di dati clinici, assistenziali e contabili; accesso ai sistemi o ai portali pubblici mediante credenziali altrui; alterazione di documenti informatici trasmessi alla Pubblica Amministrazione; consultazione di dati sanitari al di fuori delle necessità di cura o amministrative; comunicazione o diffusione indebita di dati di ospiti e dipendenti a terzi; omessa conservazione della documentazione nei termini di legge; ritardo o rifiuto ingiustificato nel rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto.

Misure specifiche

- **Credenziali individuali e tracciabilità degli accessi.** Le credenziali di accesso ai sistemi aziendali e ai portali della Pubblica Amministrazione sono individuali e nominative, profilate per area (sanitaria, amministrativa), non condivisibili; le utenze sono disattivate tempestivamente alla cessazione del rapporto. È fatto divieto di operare sui portali pubblici con credenziali altrui. I sistemi assicurano, ove tecnicamente possibile, la tracciabilità degli accessi e delle modifiche ai dati.
- **Immodificabilità e tracciabilità delle registrazioni sanitarie e assistenziali.** Le registrazioni sanitarie e assistenziali sono effettuate contestualmente all'erogazione della prestazione; ogni successiva integrazione o correzione è tracciata con evidenza dell'autore, della data e della motivazione, senza cancellazione del dato originario. Gli archivi cartacei sanitari sono custoditi sotto chiave, con accesso limitato al personale autorizzato.
- **Ricognizione annuale delle utenze e presidio della sicurezza informatica.** Il referente dell'area amministrativa, con il supporto dei consulenti informatici, effettua con cadenza annuale la ricognizione delle utenze attive sui sistemi e sui portali pubblici, verifica l'esecuzione e la ripristinabilità dei backup e ne trasmette l'esito al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

- **Presidio in materia di protezione dei dati personali.** Il trattamento dei dati è condotto secondo il registro dei trattamenti e le procedure adottate dall'Ente; le informative sono rese e i consensi, ove necessari, sono raccolti e conservati, con particolare attenzione alle modalità di acquisizione nei confronti di ospiti con capacità cognitive compromesse e dei rispettivi amministratori di sostegno o tutori; gli autorizzati al trattamento sono designati formalmente e destinatari di istruzioni scritte; i fornitori di servizi informatici sono nominati responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679; è attiva una procedura di gestione dei data breach con eventuale notifica al Garante. È fatto divieto di utilizzare dati di ospiti e familiari per finalità promozionali in assenza di idonea base giuridica.
- **Rilascio della documentazione sanitaria.** È adottata una procedura interna per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto entro sette giorni dalla richiesta, ai sensi dell'art. 4, comma 2, della L. 24/2017, con registrazione delle richieste, dei soggetti legittimati e dei tempi di evasione. Il rispetto dei termini è oggetto di rilevazione annuale trasmessa al RPCT. È vietato subordinare il rilascio a condizioni non previste dalla legge.

10. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE

Le misure generali si caratterizzano per la loro trasversalità, essendo applicabili a tutte le attività svolte dall'Ente, indipendentemente dal livello di rischio del singolo processo. Esse sono contrassegnate dal codice M e riepilogate, con indicazione del responsabile, della tempistica e dell'indicatore di monitoraggio, nel prospetto di cui al Capitolo 13.

10.1 Governance del sistema anticorruzione e nomina del RPCT

Costituisce misura generale prioritaria la formalizzazione dell'assetto di governance del sistema anticorruzione, mediante: la delibera del Consiglio di Amministrazione di approvazione del presente Piano e di definizione degli obiettivi strategici; la nomina del RPCT, con definizione della durata dell'incarico, dei poteri, delle risorse e del budget assegnati; la comunicazione della nomina a tutto il personale, ai professionisti e ai collaboratori e la relativa pubblicazione; la definizione delle modalità di raccordo tra RPCT e Organismo di Vigilanza. In assenza di tale formalizzazione il Piano resterebbe privo del soggetto cui è demandata la sua attuazione e il suo monitoraggio.

10.2 Codici di comportamento

Quadro di riferimento

L'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e il D.P.R. 62/2013 disciplinano il codice di comportamento dei dipendenti pubblici; con la delibera n. 358 del 29 marzo 2017 l'ANAC ha fornito agli enti del Servizio Sanitario Nazionale raccomandazioni per l'adozione di codici di comportamento contestualizzati alle specificità del settore sanitario, richiamando l'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, nonché dei principi di centralità della persona, accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni e tutela della riservatezza.

Gli strumenti adottati dall'Ente

Il Consorzio Area Vita ha adottato, quali allegati e parti integranti del MOG 231: il Codice Etico, che esplicita i valori, gli impegni e le responsabilità etiche assunti nella conduzione delle attività; il Codice di Condotta, che individua i comportamenti dovuti e vietati; il Sistema Disciplinare e Sanzionatorio, che disciplina l'apparato disciplinare applicabile.

Il presente Piano non introduce un ulteriore e distinto codice, ma dispone che, in occasione del primo aggiornamento del Codice Etico e del Codice di Condotta, siano espressamente integrati i seguenti contenuti di derivazione anticorruttiva, ove non già presenti:

- il dovere di imparzialità e di parità di trattamento nei confronti di tutti gli ospiti e il divieto assoluto di interferire sull'ordine delle liste d'attesa gestite dall'ASP;
- il divieto assoluto di richiedere o accettare da ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori denaro, regali o altre utilità a qualsiasi titolo, e il divieto di beneficiare di liberalità, lasciti o disposizioni patrimoniali provenienti da ospiti;
- il dovere di veridicità e completezza nella rilevazione delle presenze, nella tenuta della documentazione sanitaria e assistenziale e nella rendicontazione all'ASP;

- il dovere di indipendenza professionale nelle scelte assistenziali e di acquisto e il divieto di comparaggio;
- gli obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi, anche potenziale o apparente;
- il divieto di accettare regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia, di cui all'art. 4, comma 2, del D.P.R. 62/2013, assumendo quale soglia orientativa quella di 150 euro fissata dal comma 5 del medesimo articolo, e l'obbligo di comunicazione al RPCT e di messa a disposizione dell'Ente di quanto ricevuto fuori dai casi consentiti;
- il divieto di pantouflage e i correlati obblighi dichiarativi;
- il dovere di segnalazione immediata di pressioni indebite e di richieste estorsive;
- il dovere di collaborazione con il RPCT e con l'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) e il divieto di condotte, anche omissive, che ne ostacolino l'attività.

Ambito di applicazione e diffusione

I Codici si applicano a tutti i soggetti indicati al Capitolo 5.1. La dichiarazione di presa d'atto è sottoscritta all'atto dell'instaurazione del rapporto e ne forma parte integrante. Negli atti di incarico e nei contratti con consulenti, professionisti, fornitori e imprese appaltatrici è inserita la clausola di rispetto dei Codici e del presente Piano, con previsione di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione. I Codici sono pubblicati sul sito web dell'Ente e resi disponibili nell'archivio interno; il RPCT ne cura la diffusione e ne monitora annualmente l'attuazione.

Sanzioni

La violazione delle disposizioni dei Codici e del presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e comporta l'applicazione del Sistema Disciplinare e Sanzionatorio allegato al Modello 231, secondo i principi di gradualità, proporzionalità, equità e parità di trattamento, nel rispetto dell'art. 7 della L. 300/1970 e del CCNL applicato, fatte salve le ulteriori responsabilità penali, civili e amministrative. Le previsioni dei Codici non escludono quelle dei codici deontologici degli ordini professionali di appartenenza dei destinatari.

10.3 Rotazione del personale e misure alternative

Funzione dell'istituto

Il P.N.A. considera la rotazione quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione, riducendo il rischio che un soggetto, occupandosi per lungo tempo del medesimo tipo di attività e instaurando relazioni sempre con i medesimi interlocutori, possa essere sottoposto a pressioni esterne. Con le Linee guida n. 1134/2017 l'ANAC ne ha raccomandato l'applicazione anche all'interno degli enti di diritto privato, compatibilmente con le rispettive esigenze organizzative.

Motivazione della non applicabilità della rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria non è applicabile al Consorzio Area Vita, per le seguenti ragioni, che si dà atto essere adeguatamente motivate ai sensi del P.N.A.:

- la Struttura conta poco più di trenta addetti, operanti in un'unica unità operativa a servizio di venti posti letto;
- le funzioni sanitarie, riabilitative, socio-assistenziali e sociali sono infungibili, in quanto richiedono titoli abilitanti e iscrizioni ad albi professionali non intercambiabili; l'assegnazione del personale ai servizi sanitari è inoltre riservata dalla normativa di settore al Direttore Sanitario, in funzione delle esigenze assistenziali;
- le funzioni chiave a rischio elevato – Direzione Sanitaria e referente dell'area amministrativa per la rendicontazione – sono presidiate da un unico soggetto ciascuna, sicché la rotazione comporterebbe la sostanziale paralisi del processo, con pregiudizio per la continuità assistenziale e per la regolarità della liquidazione delle rette;
- la funzione apicale è concentrata nel Presidente, che è al tempo stesso legale rappresentante e datore di lavoro, e non è per definizione ruotabile.

Misure alternative e di mitigazione adottate

In luogo della rotazione ordinaria, e con effetti analoghi, l'Ente adotta le seguenti misure:

- **Segregazione delle funzioni nei processi a maggiore rischio**, attribuendo a soggetti diversi i compiti di rilevazione, istruttoria, decisione, esecuzione e verifica;

- **Rotazione funzionale interna all'area amministrativa.** Pur non essendo praticabile la rotazione tra aree, si prevede una eventuale rotazione nell'area amministrativa che conta più addetti;
- **Separazione documentale tra funzione di controllo e funzione operativa del Responsabile della Qualità e URP.** Gli audit interni e le verifiche aventi ad oggetto processi dell'area amministrativa nei quali il Responsabile della Qualità e URP sia direttamente coinvolto sono condotti dal RPCT, ovvero da soggetto terzo, e non dal medesimo Responsabile; la gestione dei reclami aventi ad oggetto l'area amministrativa è trasmessa direttamente al RPCT;
- **Doppia presenza** negli incontri con la Pubblica Amministrazione e nelle visite ispettive;
- **Controllo esterno indipendente**, esercitato dal RPCT e dall'Organismo di Vigilanza mediante verifiche a campione documentate e mediante il monitoraggio (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto);
- **Rotazione e riesame delle controparti**, quale forma di rotazione applicata ai fornitori anziché al personale;
- **Rotazione straordinaria**, consistente nella temporanea assegnazione a diverse mansioni, ovvero nella sospensione dall'incarico, del soggetto nei cui confronti sia stato avviato un procedimento penale per condotte di natura corruttiva, disposta dal Consiglio di Amministrazione con provvedimento motivato su segnalazione del RPCT, nei limiti consentiti dalla disciplina del rapporto di lavoro privato e dal CCNL applicato.

10.4 Pantouflage – incompatibilità successiva

Quadro di riferimento

L'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, introdotto dalla L. 190/2012, vieta ai dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. La violazione del divieto comporta la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito, la preclusione per il soggetto privato di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi e l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti.

Rilievo per l'Ente

La misura assume rilievo specifico e non teorico per il Consorzio, in ragione dell'intensità e della continuità dei rapporti con l'ASP di Trapani. Rientrano nel novero dei soggetti attinti dal divieto, a titolo esemplificativo: i dirigenti e i funzionari dell'ASP che abbiano esercitato poteri autorizzativi, di accreditamento, di controllo, di liquidazione o negoziali nei confronti dell'Ente; i componenti dell'Unità Valutativa Multidimensionale e i funzionari del Distretto Sanitario di Alcamo; i medici del Servizio Sanitario Nazionale che abbiano esercitato poteri di tale natura. Considerata la circostanza che il personale sanitario del territorio proviene frequentemente da esperienze professionali nel settore pubblico, la verifica non ha carattere meramente formale.

Misure adottate

- in ogni procedura di selezione, assunzione o conferimento di incarico – ivi compresi gli incarichi ai medici specialisti collaboratori e ai professionisti esterni – è inserita apposita clausola ostativa;
- il candidato o l'incaricato rende, prima della stipula, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante l'insussistenza della condizione ostativa, con indicazione degli eventuali rapporti di lavoro o incarichi presso pubbliche amministrazioni cessati nel triennio precedente e dei poteri ivi esercitati;
- nei contratti è inserita clausola di risoluzione di diritto per il caso di dichiarazione non veritiera;
- il RPCT svolge attività di vigilanza sull'osservanza della misura, verifica a campione le dichiarazioni acquisite e ne dà conto nella relazione annuale.

10.5 Conflitto di interessi

Nozione

Costituisce conflitto di interessi ogni situazione nella quale un interesse, di qualsiasi natura anche non patrimoniale, del soggetto tenuto al rispetto del presente Piano interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi compiti. Il conflitto può essere attuale, potenziale o apparente, diretto o indiretto.

Situazioni rilevanti nel contesto dell'Ente

Assumono specifico rilievo, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- il cumulo, in capo al medesimo soggetto, della carica di componente del Consiglio di Amministrazione e di funzioni operative all'interno della Struttura, con particolare riguardo alle funzioni che comportano l'interfaccia con i familiari degli ospiti e la gestione delle loro somme personali;
- rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, di coniugio, convivenza o frequentazione abituale tra soggetti interni e titolari, amministratori, soci o dipendenti di fornitori, imprese appaltatrici o consulenti dell'Ente;
- rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, di coniugio o convivenza tra soggetti interni e funzionari dell'ASP di Trapani, componenti dell'UVM, funzionari del Distretto Sanitario di Alcamo, del Comune di Alcamo o di altri enti pubblici che esercitino poteri autorizzativi, di controllo, di valutazione o negoziali nei confronti dell'Ente;
- rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, di coniugio o convivenza tra soggetti interni operanti nella medesima area organizzativa, ove ciò comprometta l'efficacia della segregazione dei compiti;
- rapporti di parentela, affinità, coniugio o convivenza tra soggetti interni e ospiti della Struttura;
- interessi economici, diretti o indiretti, dei soggetti interni in imprese fornitrici, in imprese appaltatrici o in strutture socio-sanitarie concorrenti;
- esercizio, da parte di soggetti interni, di attività professionale presso altre strutture sanitarie o socio-sanitarie potenzialmente interferente;
- assunzione, da parte di soggetti interni o di loro familiari, della qualità di amministratore di sostegno, tutore, curatore o procuratore di ospiti della Struttura;
- attività politiche o cariche elettive, proprie o di familiari, che pongano il soggetto in contatti frequenti con gli uffici che decidono su questioni riguardanti l'Ente;
- rapporti di collaborazione, comunque retribuiti, intrattenuti negli ultimi tre anni con soggetti privati che abbiano interessi in attività o decisioni riguardanti l'Ente.

Procedura di comunicazione

I componenti del Consiglio di Amministrazione, i rappresentanti delle cooperative consorziate, il Direttore Sanitario, i dipendenti, i medici e gli altri professionisti incaricati e i collaboratori rendono la dichiarazione in materia di conflitto di interessi:

- in sede di prima applicazione del Piano, entro sessanta giorni dalla sua approvazione;
- al momento dell'assunzione o del conferimento dell'incarico;
- con cadenza annuale e, in ogni caso, tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui la situazione di conflitto si sia manifestata o le condizioni personali si siano modificate.

Obbligo di astensione e gestione

Il soggetto in conflitto, anche potenziale, si astiene dall'assumere decisioni o svolgere attività inerenti alla propria funzione e ne dà comunicazione al RPCT. Il RPCT esamina le circostanze e assume, motivandola, una delle seguenti determinazioni: richiesta di astensione dell'interessato dall'attività o dall'incarico, con proposta al Consiglio di Amministrazione di affidamento ad altro soggetto; permanenza nell'incarico, con prescrizione di misure di mitigazione, quali la sottoposizione della decisione alla validazione di un secondo soggetto o l'estraniazione dell'interessato dalla singola operazione. Le determinazioni del RPCT sono verbalizzate e conservate. I componenti del Consiglio di Amministrazione si astengono, in ogni caso, dalla partecipazione alle deliberazioni concernenti il proprio rapporto di lavoro o di collaborazione con l'Ente e i rapporti economici con la cooperativa consorziata di provenienza.

Regali e utilità

È vietato accettare, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore – orientativamente non superiore a 150 euro, anche sotto forma di sconto – effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. È in ogni caso vietato chiedere, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore, a titolo di corrispettivo per compiere o per avere compiuto un atto del proprio ufficio, ovvero da soggetti che possano trarre beneficio da decisioni o attività inerenti alla propria funzione. Resta fermo il divieto assoluto, privo di soglia di tolleranza,

di accettare qualsiasi utilità da ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori, di cui al Capitolo 9.3. Chi abbia ricevuto regali fuori dai casi consentiti ne dà immediata comunicazione al RPCT e li mette a disposizione dell'Ente per la restituzione o per la devoluzione.

10.6 Formazione

La centralità della formazione è affermata sia dalla L. 190/2012 sia dalla norma UNI ISO 37001. La formazione in materia di prevenzione della corruzione è complementare, e non sostitutiva, rispetto a quella già prevista dal MOG 231 ed è inserita nel piano annuale di formazione approvato dal Presidente e dal Direttore Sanitario, di cui costituisce parte integrante.

- **Formazione generale**, destinata a tutto il personale, ai medici e ai collaboratori, con oggetto: il quadro normativo di riferimento; i contenuti del presente Piano; il Codice Etico e il Codice di Condotta; i reati contro la Pubblica Amministrazione e la corruzione tra privati; le interazioni tra la L. 190/2012 e il D.Lgs. 231/2001; le modalità di segnalazione e la tutela del segnalante ai sensi del D.Lgs. 24/2023. Durata indicativa: non inferiore a due ore annue.
- **Formazione specifica**, destinata al RPCT, ai Responsabili interni e al personale operante nelle aree a rischio elevato (rendicontazione e fatturazione, ammissioni e dimissioni, amministrazione, acquisti), con oggetto: i rischi corruttivi propri del ruolo; le fasi di gestione del rischio; le misure di prevenzione applicabili alla propria area; i rapporti tra RPCT, Organismo di Vigilanza e referente per la protezione dei dati; le modalità di adempimento dei flussi informativi. Durata indicativa: non inferiore a quattro ore annue.
- **Formazione dedicata al personale di assistenza diretta** (personale infermieristico, O.S.S., O.S.A., fisioterapisti, animatore, assistente sociale), con oggetto: la tutela della persona anziana non autosufficiente e affetta da demenza; il divieto assoluto di accettare utilità da ospiti e familiari e di beneficiare di liberalità o disposizioni patrimoniali; la corretta rilevazione delle presenze e la corretta tenuta della documentazione assistenziale; le modalità di gestione delle somme e degli effetti personali degli ospiti; i doveri di segnalazione. Tale sessione, prevista tra le misure specifiche dell'Area C, ha carattere annuale.
- **Formazione dedicata al personale sanitario**, con oggetto: l'appropriatezza assistenziale e la corrispondenza tra PAI, prestazioni rese e prestazioni registrate; il divieto di comparaggio; la gestione delle relazioni con informatori scientifici e fornitori.

La formazione è erogata da personale qualificato, interno o esterno, è obbligatoria e documentata mediante registro delle presenze e materiale didattico conservato; il RPCT ne verifica l'effettivo svolgimento e ne dà conto nella relazione annuale. La formazione è ripetuta ogniqualvolta intervengano modifiche normative, organizzative o del Piano, ed è comunque erogata ai nuovi assunti e ai nuovi incaricati entro tre mesi dall'avvio del rapporto.

10.7 Omaggi, liberalità, sponsorizzazioni e rapporti con informatori scientifici

Le misure trovano attuazione mediante il registro unico degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza, il registro degli eventi formativi finanziati da terzi e il protocollo 231 "Omaggi, liberalità e spese di rappresentanza", la cui adozione costituisce misura del presente Piano. Il registro degli omaggi e delle liberalità ricomprende, in entrata, anche le liberalità offerte all'Ente da familiari di ospiti o da terzi, secondo la disciplina delle liberalità in entrata.

10.8 Tutela del segnalante – whistleblowing

Quadro di riferimento e ambito di applicazione

La materia è oggi disciplinata dal D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, che ha altresì modificato l'art. 6 del D.Lgs. 231/2001. In quanto ente del settore privato che ha adottato un modello di organizzazione e gestione ai sensi del D.Lgs. 231/2001, il Consorzio è tenuto all'attivazione di un canale di segnalazione interna; avendo l'Ente impiegato nell'ultimo anno una media di lavoratori subordinati inferiore a cinquanta, l'obbligo si intenderebbe riferito alle sole violazioni rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e del Modello adottato.

Si deve tuttavia dare atto che l'art. 2, comma 1, lett. p), del D.Lgs. 24/2023 include tra gli "enti del settore pubblico" – per i quali l'obbligo di canale interno prescinde dalla soglia dimensionale e l'ambito oggettivo si estende alle violazioni del diritto nazionale e dell'Unione europea – anche i concessionari di pubblico servizio. Pur non ritenendosi che l'accreditamento istituzionale e il rapporto convenzionale integrino, di per sé, una concessione di pubblico servizio in senso proprio, la questione non è pacifica, avendo l'Ente in concreto la gestione di un servizio pubblico rilevante ai fini

dell'art. 2-bis, comma 3, del D.Lgs. 33/2013. **In via prudenziale, il Consorzio adotta pertanto la disciplina più estesa**, estendendo l'ambito oggettivo del canale interno alle violazioni del diritto nazionale e dell'Unione europea, alle violazioni del presente Piano e ai fatti di maladministration rilevanti ai sensi del Capitolo 2.

Soggetti legittimati

Possono effettuare segnalazioni e beneficiare delle tutele: i lavoratori subordinati; i lavoratori autonomi e i titolari di rapporti di collaborazione; i medici e gli altri professionisti incaricati; i lavoratori e i collaboratori di fornitori, appaltatori e subappaltatori; i liberi professionisti e i consulenti; i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non; le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche di mero fatto. La tutela si estende alla fase precontrattuale e di selezione, al periodo di prova e al periodo successivo alla cessazione del rapporto, nonché ai facilitatori, ai colleghi, alle persone legate al segnalante da stabile legame affettivo o di parentela e agli enti a lui riconducibili.

Oggetto della segnalazione

Costituiscono oggetto di segnalazione le condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, le violazioni del Modello, del Codice Etico, del Codice di Condotta e del presente Piano, nonché ogni situazione di abuso del potere affidato per il conseguimento di vantaggi privati, ivi compresi – in coerenza con l'orientamento ANAC – i casi di sprechi, nepotismo, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni e, con specifico riguardo al contesto dell'Ente, la rendicontazione di presenze non effettive, la richiesta di somme o utilità a ospiti e familiari, la carenza di personale rispetto agli standard convenzionali e ogni condotta lesiva della dignità delle persone assistite. Non rientrano nell'ambito di applicazione le doglianze di carattere personale né le rivendicazioni attinenti alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con superiori e colleghi. La segnalazione deve essere circostanziata e fondata su elementi precisi e concordanti, non essendo richiesta la certezza dei fatti ma la ragionevole convinzione della loro verificazione.

Canale e procedura

L'Ente attiva un canale di segnalazione interna in formato scritto, raggiungibile dal sito web istituzionale e gestito dall'Organismo di Vigilanza, che garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, della persona coinvolta e di ogni soggetto menzionato, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. È garantita la possibilità di segnalazione in forma orale e, su richiesta, mediante incontro diretto. Il soggetto gestore: rilascia avviso di ricevimento entro sette giorni; mantiene le interlocuzioni con il segnalante e può richiedere integrazioni; dà diligente seguito alla segnalazione; fornisce riscontro entro tre mesi dall'avviso di ricevimento. Ove la segnalazione riguardi il gestore del canale, essa è indirizzata al Presidente; ove riguardi il Presidente o altri componenti del Consiglio di Amministrazione, essa è indirizzata all'Organismo di Vigilanza e al RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Tutele

È vietata ogni forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, nei confronti del segnalante e dei soggetti tutelati. Sono nulli il licenziamento ritorsivo o discriminatorio, il mutamento di mansioni, la modifica dei turni con finalità ritorsiva e ogni altra misura ritorsiva. Il segnalante può ricorrere al canale di segnalazione esterna gestito dall'ANAC, ovvero alla divulgazione pubblica, nei casi e alle condizioni di cui agli artt. 6 e 15 del D.Lgs. 24/2023. Le segnalazioni anonime sono archiviate come tali e prese in considerazione ove adeguatamente circostanziate. La disciplina non tutela il segnalante in caso di segnalazione calunniosa o diffamatoria, ovvero effettuata con dolo o colpa grave e rivelatasi infondata; tali condotte sono sanzionate ai sensi del Sistema Disciplinare e Sanzionatorio.

Sicurezza e conservazione

I dati e i documenti oggetto di segnalazione sono trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, con separazione logica dei dati identificativi del segnalante rispetto al contenuto della segnalazione, accesso limitato ai soli soggetti autorizzati e conservazione per il tempo necessario e comunque non oltre cinque anni dalla comunicazione dell'esito. Le informazioni desumibili dalle segnalazioni sono utilizzate, in forma aggregata e anonima, per l'aggiornamento della mappatura dei rischi.

11.9 Segnalazione delle pressioni indebite

In considerazione del contesto territoriale, costituisce obbligo di tutti i destinatari la segnalazione immediata al Presidente, al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al

medesimo soggetto) di ogni richiesta estorsiva, pressione, intimidazione o tentativo di condizionamento ricevuto nell'ambito dell'attività dell'Ente, da chiunque proveniente, ivi comprese le richieste indebite formulate da pubblici funzionari in sede ispettiva, autorizzativa, valutativa o di liquidazione. L'Ente si impegna a sporgere denuncia alle autorità competenti e ad assicurare al segnalante la tutela prevista dalla normativa. È fatto divieto di agevolare in alcun modo, neppure per quieto vivere, l'ingresso di imprese o persone segnalate da contesti criminali nella catena di fornitura o nell'organico.

11.10 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Ferma restando la non diretta applicabilità del D.Lgs. 39/2013 a un ente privato non in controllo pubblico, l'Ente ne assume i principi quale parametro di riferimento. Prima del conferimento di incarichi di responsabilità interna – in particolare quello di Direttore Sanitario – e di incarichi professionali continuativi, e successivamente con cadenza annuale, è acquisita dichiarazione sostitutiva relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, con particolare riguardo alle condanne, anche non definitive, per i reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, e allo svolgimento di incarichi presso enti pubblici o privati che possano determinare conflitti con gli interessi dell'Ente. Per il Direttore Sanitario e per il personale sanitario sono altresì acquisite le dichiarazioni di assenza di incompatibilità richieste dalla normativa sanitaria regionale. Il RPCT verifica le dichiarazioni, anche a campione, e ne cura la conservazione.

11. MISURE ULTERIORI TRASVERSALI

Informatizzazione e tracciabilità dei processi

L'informatizzazione costituisce misura trasversale di prevenzione particolarmente efficace, in quanto riduce i margini di intervento discrezionale e consente la tracciabilità dell'intero processo, evidenziandone per ciascuna fase le responsabilità. L'Ente persegue l'obiettivo di ricondurre a supporto informatico non modificabile, entro il triennio di vigenza del Piano, la rilevazione delle presenze, il registro delle movimentazioni degli ospiti, il registro delle somme personali, il registro degli omaggi e il registro dei reclami, eliminando ogni registrazione parallela cartacea o informale.

Standardizzazione delle operazioni

Sono introdotti e mantenuti aggiornati modelli e moduli standardizzati per le operazioni ricorrenti: prospetto di riconciliazione mensile presenze-rendiconto-fattura; richiesta di acquisto motivata; attestazione di ricevimento e conformità; dichiarazioni di conflitto di interessi, di pantouflage e di insussistenza di cause ostative; registro individuale delle somme personali degli ospiti e relativo prospetto di rendicontazione al familiare di riferimento; annotazione interna delle visite ispettive e degli incontri con funzionari pubblici; modulo di reclamo e di segnalazione.

Controlli sulle dichiarazioni sostitutive

Il RPCT effettua controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà rese da dipendenti, professionisti e fornitori ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in misura non inferiore al 10% delle dichiarazioni acquisite nell'anno.

Principi generali di comportamento

Tutti i destinatari adottano regole di condotta conformi alla legge, alle disposizioni del presente Piano e ai principi del Codice Etico e del Codice di Condotta, improntate ai valori di legalità, imparzialità, trasparenza, correttezza, responsabilità e centralità della persona assistita, e si astengono da comportamenti, anche omissivi, che ostacolino l'attuazione del Piano o i controlli sulla sua applicazione.

12. QUADRO RIEPILOGATIVO DELLE MISURE GENERALI E PROGRAMMAZIONE

Il seguente prospetto riepiloga le misure generali, con indicazione del soggetto responsabile dell'attuazione, della tempistica e dell'indicatore di monitoraggio. Le misure specifiche per area sono riepilogate nell'Allegato A. I termini decorrono dalla data di approvazione del presente Piano da parte del Consiglio di Amministrazione.

Misura generale	Responsabile	Tempistica	Indicatore di monitoraggio
Governance del sistema anticorruzione: approvazione del Piano, nomina del RPCT con poteri, risorse e budget, comunicazione e pubblicazione	Consiglio di Amministrazione	Entro 60 giorni dall'approvazione del Piano	Adozione della delibera di nomina; avvenuta comunicazione a tutti i destinatari; pubblicazione dei recapiti del RPCT
Integrazione anticorruttiva del Codice Etico e del Codice di Condotta; diffusione e raccolta delle prese d'atto; clausole contrattuali	RPCT e Presidente	Entro 12 mesi dall'approvazione del Piano	Adozione della revisione; percentuale di prese d'atto raccolte sul totale dei destinatari (obiettivo 100%); percentuale di contratti con clausola inserita
Misure alternative alla rotazione: segregazione, rotazione funzionale interna all'area amministrativa, separazione tra controllo e operatività, doppia presenza, controllo indipendente, riesame dei fornitori, rotazione straordinaria	Presidente e RPCT	Continuativa; rotazione funzionale entro 24 mesi	Ordine di servizio sulla rotazione funzionale; numero di verifiche a campione effettuate; evidenza della doppia presenza nelle annotazioni ispettive
Pantouflage: clausole ostative, dichiarazioni sostitutive, vigilanza	RPCT e referente area amministrativa	A ogni selezione o conferimento; verifica annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite sul totale delle assunzioni e degli incarichi (obiettivo 100%)
Conflitto di interessi: dichiarazioni in prima applicazione, all'assunzione e annuali; obbligo di astensione; determinazioni motivate del RPCT	RPCT	Prima applicazione entro 60 giorni; poi annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite (obiettivo 100%); numero di situazioni gestite e relative determinazioni verbalizzate
Formazione generale, specifica, dedicata al personale di assistenza diretta e al personale sanitario, inserita nel piano annuale di formazione	RPCT, Presidente e Direttore Sanitario	Annuale; nuovi assunti entro 3 mesi	Ore erogate per ciascuna tipologia; percentuale di partecipazione (obiettivo non inferiore al 90%)
Registro unico degli omaggi, delle liberalità (in entrata e in uscita) e delle spese di rappresentanza; protocollo dedicato	Referente area amministrativa	Istituzione entro 6 mesi; tenuta continuativa	Istituzione del registro; numero di annotazioni; riepilogo annuale al RPCT; assenza di annotazioni riferite a soggetti pubblici o a ospiti e familiari
Disciplina dei rapporti con informatori scientifici e produttori, delle sponsorizzazioni e degli eventi formativi finanziati da terzi	Direttore Sanitario e Presidente	Entro 12 mesi	Registro degli eventi finanziati; numero di autorizzazioni rilasciate e relative motivazioni
Canale whistleblowing conforme al D.Lgs. 24/2023, con ambito oggettivo esteso in via prudenziale; informativa ai destinatari e pubblicazione	Organismo di Vigilanza e RPCT	Operativo entro 6 mesi; informativa contestuale	Funzionamento del canale; numero di segnalazioni ricevute, gestite e riscontrate nei termini
Obbligo di segnalazione immediata di pressioni indebite e richieste estorsive	Tutti i destinatari	Continuativa	Numero di segnalazioni; evidenza delle denunce presentate
Inconferibilità e incompatibilità: dichiarazioni sostitutive prima del conferimento degli incarichi di responsabilità e degli incarichi professionali continuativi, e successive verifiche	RPCT	Al conferimento; verifica annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite sul totale degli incarichi (obiettivo 100%); numero di verifiche a campione effettuate
Misure trasversali: informatizzazione e tracciabilità, standardizzazione della modulistica, controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Presidente e RPCT	Continuativa; informatizzazione entro il triennio	Percentuale di registri informatizzati e non modificabili; percentuale di dichiarazioni controllate (obiettivo 10%)
Misure di trasparenza obbligatorie e volontarie: istituzione della sezione dedicata del sito web e pubblicazione dei contenuti (Capitolo 15)	RPCT e Presidente	Entro 12 mesi	Completezza e aggiornamento delle pubblicazioni; esito della verifica annuale del RPCT

13. MONITORAGGIO, FLUSSI INFORMATIVI E RELAZIONE ANNUALE

13.1 Il monitoraggio

Il monitoraggio riguarda tutte le fasi della gestione del rischio, al fine di intercettare rischi emergenti e di identificare processi organizzativi eventualmente tralasciati in sede di mappatura, nonché di verificare l'effettiva attuazione delle misure programmate.

Il RPCT svolge il monitoraggio secondo il seguente programma minimo:

- verifiche **semestrali** sull'area a rischio elevato A, mediante la verifica a campione sulla corrispondenza presenze-rendiconto-fattura, in misura non inferiore al 10% delle giornate rendicontate nel semestre e comunque sulla totalità delle giornate relative a ospiti deceduti, dimessi o ricoverati in ambito ospedaliero;
- verifiche **semestrali** sulle aree a rischio elevato B e C, mediante esame del registro cronologico delle movimentazioni, del registro dei reclami, dei registri delle somme personali degli ospiti e dei verbali di verifica degli standard convenzionali e dell'effettività delle prestazioni;
- verifiche **annuali** sulle restanti aree, mediante esame documentale e colloqui con i Responsabili interni;
- verifiche **annuali** a campione sulle dichiarazioni sostitutive e sulle dichiarazioni in materia di conflitto di interessi, pantouflage, inconferibilità e incompatibilità, in misura non inferiore al 10%;
- verifica **annuale** dello stato di attuazione delle misure programmate;
- verifica **annuale** sull'adempimento degli obblighi di trasparenza applicabili.

Le attività di monitoraggio sono verbalizzate e archiviate, in modo da consentire la tracciabilità dei controlli, la verifica dello stato di avanzamento e la dimostrazione dell'avvenuta vigilanza. Il programma degli audit del RPCT è, per quanto possibile, coordinato con il programma degli audit interni del sistema di gestione per la qualità.

13.2 Flussi informativi verso il RPCT

I Responsabili interni trasmettono al RPCT, con la periodicità di seguito indicata e comunque tempestivamente al verificarsi di eventi rilevanti, i flussi riportati nel prospetto che segue. Gli stessi flussi, ove già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231 verso l'Organismo di Vigilanza, si intendono assolti con unica trasmissione a entrambi gli organi (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Soggetto obbligato	Oggetto del flusso	Periodicità
Referente area amministrativa	Riepilogo dei rendiconti trasmessi all'ASP e delle fatture emesse, con evidenza delle rettifiche; esiti delle riconciliazioni a tre vie; contestazioni, richieste di chiarimento e penalità del Distretto Sanitario; indebiti pagamenti riscontrati e restituiti	Semestrale e immediata al verificarsi
Referente area amministrativa	Rilevazione del rispetto dei termini di comunicazione all'ASP di decessi, dimissioni, ricoveri e assenze	Trimestrale
Referente area amministrativa	Elenco dei conti correnti attivi e dei soggetti delegati ad operarvi; anomalie riscontrate nelle riconciliazioni; variazioni di IBAN dei fornitori con evidenza delle verifiche; esiti dei riscontri di cassa; regolarità dei versamenti fiscali e contributivi e stato del DURC	Annuale e immediata al verificarsi
Referente area amministrativa	Registro degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza; offerte di utilità ricevute dal personale	Annuale
Referente area amministrativa	Ricognizione delle utenze attive sui sistemi e sui portali pubblici; esiti delle verifiche sui backup; violazioni di dati personali e relative notifiche	Annuale e immediata al verificarsi
Referente area amministrativa	Riepilogo delle assunzioni, delle cessazioni e dei tirocini attivati; esito delle verifiche sui permessi di soggiorno; contestazioni ricevute dall'Ispettorato del Lavoro o dagli enti previdenziali	Annuale e immediata al verificarsi
Direttore Sanitario	Stato dei titoli autorizzativi e dell'accreditamento; variazioni comunicate all'ASP e all'Assessorato; provvedimenti di sospensione, revoca, diniego, diffida o prescrizione; richieste o sollecitazioni anomale da parte di pubblici funzionari	Annuale e immediata al verificarsi
Direttore Sanitario	Riepilogo delle movimentazioni degli ospiti (ammissioni, dimissioni, decessi, trasferimenti, ricoveri) con estremi delle autorizzazioni distrettuali; scostamenti motivati tra ordine di autorizzazione e ordine di ammissione; provvedimenti di dimissione disposti dall'Ente	Semestrale
Direttore Sanitario	Esiti delle verifiche semestrali sulla permanenza degli standard convenzionali e sulla corrispondenza tra prestazioni programmate, registrate ed effettivamente rese; scostamenti e piani di rientro	Semestrale
Direttore Sanitario	Contestazioni o segnalazioni ricevute da ospiti, familiari o dall'ASP in ordine ad ammissioni, dimissioni e qualità dell'assistenza; notizie relative a disposizioni patrimoniali in favore dell'Ente o di operatori	Annuale e immediata al verificarsi
Direttore Sanitario	Riepilogo dei ritiri di rifiuti sanitari, completezza dei formulari e delle copie di avvenuto smaltimento; esito delle verifiche sulle autorizzazioni dell'impresa incaricata; contestazioni ambientali	Annuale e immediata al verificarsi
Direttore Sanitario	Registrazione degli incontri con informatori scientifici e produttori; materiale ricevuto eccedente il valore simbolico; autorizzazioni a eventi formativi finanziati da terzi	Annuale
Responsabile della Qualità e URP	Registro dei reclami e delle segnalazioni dell'utenza, con oggetto, esito e azioni correttive; esiti della rilevazione della soddisfazione di ospiti e familiari	Semestrale

Soggetto obbligato	Oggetto del flusso	Periodicità
Responsabile della Qualità e URP	Elenco delle visite ispettive subite con relativi verbali, rilievi ed esiti; stato dei piani di adeguamento; richieste anomale o pressioni indebite ricevute in sede ispettiva	Annuale e immediata al verificarsi
Responsabile della Qualità e URP	Scadenzario degli adempimenti autorizzativi e di accreditamento, con evidenza degli adempimenti effettuati e delle scadenze non rispettate	Annuale
Responsabile della Qualità e URP	Albo dei fornitori qualificati e relative variazioni; esiti dei riesami e dei benchmark; anomalie negli affidamenti; esiti delle verifiche antimafia eventualmente attivate; registro delle manutenzioni e delle verifiche periodiche	Annuale
Assistente sociale (o soggetto incaricato)	Registri individuali delle somme e degli effetti personali degli ospiti, con evidenza delle rendicontazioni rese ai familiari, agli amministratori di sostegno e ai tutori e dei riscontri periodici effettuati	Semestrale
Presidente	Stato della convenzione e delle procedure di rinnovo; autocertificazioni rese all'ASP e documentazione di riscontro; elenco dei rapporti economici in essere con le cooperative consorziate e operazioni straordinarie deliberate; elenco degli incarichi professionali in essere e relativi compensi; elenco dei contenziosi e degli accordi transattivi; contributi pubblici richiesti e ottenuti	Annuale e immediata al verificarsi
Tutti i destinatari	Situazioni di conflitto di interessi; pressioni indebite e richieste estorsive; offerte di utilità ricevute; richieste di somme o utilità rivolte a ospiti e familiari; violazioni del Piano	Immediata

13.3 Relazione annuale del RPCT

Il RPCT trasmette al Consiglio di Amministrazione e all'Organismo di Vigilanza che nel caso di specie, si segnala coincidere con il RPCT, con cadenza annuale, una relazione sull'adeguatezza e sull'osservanza del Piano, contenente:

- il rendiconto sullo stato di attuazione delle misure programmate, con rilevazione degli indicatori;
- gli esiti delle verifiche e degli audit svolti, con particolare riguardo alle verifiche a campione sulla rendicontazione delle presenze;
- le segnalazioni ricevute e le anomalie riscontrate nel funzionamento del Piano, nel rispetto della riservatezza;
- i reclami dell'utenza rilevanti ai fini del Piano e le azioni correttive adottate;
- i procedimenti disciplinari attivati e le sanzioni eventualmente irrogate per violazioni del Piano e dei Codici;
- le problematiche riscontrate nelle modalità di attuazione delle procedure di controllo;
- gli interventi correttivi e migliorativi pianificati e il relativo stato di realizzazione;
- le eventuali indagini condotte dagli organi inquirenti nei confronti dell'Ente, dei suoi esponenti o dei suoi collaboratori, nonché le contestazioni e le penalità ricevute dall'ASP;
- lo stato di adempimento degli obblighi di trasparenza e le istanze di accesso civico ricevute e trattate;
- l'esito della verifica annuale sui requisiti di cui all'art. 2-bis, commi 2 e 3, del D.Lgs. 33/2013;
- le proposte di aggiornamento del Piano.

La relazione annuale è comunicata all'Assemblea dei consorziati unitamente al bilancio di esercizio ed è tenuta a disposizione dell'ASP di Trapani.

14. TRASPARENZA

14.1 L'ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. 33/2013

L'art. 2-bis del D.Lgs. 33/2013 individua tre macro-categorie di soggetti destinatari della disciplina della trasparenza:

- **comma 1**: le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/2001;
- **comma 2**: gli enti pubblici economici, gli ordini professionali, le società in controllo pubblico e le associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario, per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio, da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni;
- **comma 3**: le società in partecipazione pubblica nonché le associazioni, le fondazioni e gli enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di

servizi pubblici; a tali soggetti la disciplina si applica "in quanto compatibile" e "limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea".

Nelle Linee guida n. 1134/2017 l'ANAC, anche alla luce del parere del Consiglio di Stato n. 1257/2017, ha chiarito che, per gli enti di diritto privato diversi dalle società partecipate, assume rilevanza lo svolgimento – sulla base di atti di specifico affidamento – di attività di pubblico interesse da parte di soggetti con bilancio superiore a cinquecentomila euro, indipendentemente dalla partecipazione pubblica nella struttura organizzativa o nel capitale. È dunque l'attività di rilievo pubblicistico concretamente svolta che attrae nell'ambito di applicazione della normativa soggetti interamente privati, purché di dimensioni economiche significative.

14.2 La posizione del Consorzio Area Vita

Il Consorzio non rientra nell'ambito di cui al **comma 2** dell'art. 2-bis, difettando – pur essendo integrati il requisito dimensionale e quello del finanziamento pubblico maggioritario – il requisito, cumulativo, della designazione pubblica della totalità dei componenti dell'organo di amministrazione, i quali sono nominati dall'Assemblea dei consorziati, composta da cooperative sociali di diritto privato.

Diversa è la conclusione con riferimento al **comma 3**, e segnatamente alla seconda categoria di destinatari ivi contemplata – associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato che gestiscono servizi pubblici – i cui presupposti risultano tutti integrati:

- **natura soggettiva.** Il Consorzio Area Vita è un consorzio con attività esterna e costituisce pertanto un "ente di diritto privato comunque denominato", secondo la formula volutamente ampia impiegata dal legislatore. Esso non è una società di capitali, sicché non trova applicazione l'orientamento interpretativo che esclude dal comma 3 le società interamente private, in quanto costruito sulla contrapposizione tra la prima categoria ivi indicata – le sole società in partecipazione pubblica – e la seconda, riferita ad associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato. Non assume rilievo contrario la circostanza che la visura camerale sia rilasciata secondo il modello "visura ordinaria società di capitale": si tratta di una mera classificazione del tracciato informativo adottato da InfoCamere per i soggetti iscritti nella sezione ordinaria del Registro delle Imprese, che non incide sulla natura civilistica dell'Ente, il quale è e resta un consorzio con attività esterna ai sensi degli artt. 2602 e 2612 c.c., come del resto attestato dall'indicazione della forma giuridica ("consorzio") e dalla presenza di un fondo consortile in luogo del capitale sociale;
- **requisito dimensionale.** Il bilancio dell'Ente supera ampiamente la soglia di cinquecentomila euro: il solo corrispettivo convenzionale riconosciuto dall'ASP ammonta, su base annua, a oltre 1,29 milioni di euro, corrispondenti a una retta giornaliera di € 177,00 per ciascuno dei venti posti letto accreditati;
- **gestione di servizio pubblico.** L'Ente gestisce, sulla base di uno specifico atto di affidamento – la convenzione rep. n. 5279 del 22 giugno 2026, stipulata in forza della Deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASP di Trapani n. 796 dell'8 giugno 2026 – un servizio di assistenza socio-sanitaria residenziale reso per conto del Servizio Sanitario Regionale in favore di persone anziane non autosufficienti, con retta integralmente a carico della finanza pubblica e con accesso determinato dalla stessa Amministrazione. Si tratta, senza margini di dubbio, di gestione di un servizio pubblico e di attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale.

Ne consegue che **al Consorzio Area Vita si applica la disciplina della trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013, in quanto compatibile e limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse**. Tale delimitazione, che in altre strutture sanitarie private opera una netta separazione tra attività convenzionata e attività erogata in regime privato, ha per l'Ente una portata assai ampia: l'attività concretamente esercitata dal Consorzio è infatti **integralmente** costituita dalla gestione della RSA in convenzione, sicché non è dato individuare un'area di attività estranea al perimetro della trasparenza. Restano estranei al perimetro i soli dati riferiti ad attività diverse eventualmente avviate in futuro e non aventi rilievo pubblicistico.

Il Consorzio assume pertanto la trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione di primaria importanza e, in coerenza con l'art. 9 del D.Lgs. 33/2013, istituisce sul proprio sito web istituzionale un'apposita sezione denominata "Ente trasparente", organizzata in sotto-sezioni corrispondenti agli obblighi ritenuti applicabili, con contenuti in formato aperto, di qualità, completi, aggiornati e liberamente riutilizzabili.

15. TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La pubblicazione di dati per finalità di trasparenza deve avvenire nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679: liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza, tenuto conto del principio di responsabilizzazione del titolare del trattamento.

L'Ente, prima di rendere disponibili sul proprio sito web dati e documenti contenenti dati personali, verifica la sussistenza di un idoneo presupposto normativo per la pubblicazione e provvede a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se appartenenti a categorie particolari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità della pubblicazione, in coerenza con l'art. 7-bis, comma 4, del D.Lgs. 33/2013.

Assume specifico e prevalente rilievo, nel contesto di una residenza sanitaria assistenziale destinata a persone affette da demenza, il divieto di pubblicazione di qualsiasi dato riferibile, anche indirettamente, all'identità e allo stato di salute degli ospiti. Sono pertanto pubblicati esclusivamente in forma aggregata e anonima, con esclusione di ogni elemento idoneo a consentire l'identificazione anche indiretta degli interessati: i dati relativi ai risarcimenti erogati e la relazione annuale sugli eventi avversi, oggetto di pubblicazione ai sensi della L. 24/2017; ogni dato relativo a numerosità, tipologia e movimentazione degli ospiti. È in ogni caso vietata la pubblicazione di fotografie o immagini che consentano l'identificazione degli ospiti in assenza di idonea base giuridica e di valido consenso, raccolto con le cautele imposte dalla condizione cognitiva dell'interessato.

L'Ente ha adottato un registro dei trattamenti e le relative procedure e ha individuato un referente interno per la protezione dei dati nell'ambito dell'area amministrativa. Il Consorzio valuta, con determinazione documentata da acquisire agli atti e da riesaminare annualmente, la ricorrenza dei presupposti di obbligatorietà della designazione del Responsabile della Protezione dei Dati di cui all'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679, con particolare riguardo all'ipotesi del trattamento su larga scala di categorie particolari di dati quale attività principale, che nel settore socio-sanitario residenziale merita specifica ponderazione. Ove la designazione sia effettuata, il relativo nominativo e i recapiti sono pubblicati sul sito web e il Responsabile della Protezione dei Dati è coinvolto nei flussi informativi verso il RPCT per i profili di competenza.

Il RPCT si coordina con il referente per la protezione dei dati per la valutazione dei profili di compatibilità tra le esigenze di trasparenza e la tutela dei dati personali, in particolare in sede di istruttoria delle istanze di accesso civico generalizzato.

16. AGGIORNAMENTO DEL PIANO

Il Piano è aggiornato annualmente, entro il termine definito dall'Amministratore Unico, su proposta del RPCT e con approvazione dell'organo amministrativo. In coerenza con l'orientamento dell'ANAC, l'aggiornamento consiste nell'adozione di un nuovo documento organico e non in un mero atto di rinvio, soppressione o integrazione di singoli paragrafi.

L'aggiornamento tiene conto dei seguenti fattori:

- sopravvenienze normative che impongano ulteriori adempimenti o modifichino il quadro di riferimento, ivi compresi nuovi indirizzi dell'ANAC e dell'Assessorato regionale della Salute;
- modifiche del rapporto con il Servizio Sanitario Regionale (accreditamento istituzionale, nuovi accordi contrattuali, variazione del budget assegnato, cessazione del convenzionamento);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del Piano, anche a seguito di segnalazioni, contestazioni, rilievi ispettivi o procedimenti disciplinari;
- accertamento di violazioni delle prescrizioni del Piano;
- mutamenti dell'organizzazione o dell'attività della Società, quali l'avvio di nuove branche o servizi, l'apertura di nuove sedi o unità locali, il ricorso a finanziamenti pubblici, la partecipazione a procedure di gara, la modifica dell'assetto societario o dell'organo amministrativo, la nomina di un organo di controllo, il conferimento di procure;
- variazione del totale di bilancio rilevante ai fini dell'art. 2-bis, comma 3, del D.Lgs. 33/2013;
- esiti del monitoraggio e delle rilevazioni degli indicatori.

Il Piano approvato e i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul sito web della Società, comunicati a tutto il personale, ai fornitori, ai consulenti e alle altre controparti contrattuali ne è data adeguata informazione mediante le clausole contrattuali.

ALLEGATO A – MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO CORRUTTIVO

Legenda. P = probabilità (scala 1-5); I = impatto (scala 1-5); Liv. = livello di rischio (P × I): ELEVATO da 15 a 25; MODERATO da 7 a 14; BASSO da 1 a 6.

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Rilevazione quotidiana delle presenze degli ospiti e registrazione delle movimentazioni	Indicazione di giornate di presenza non effettive; correzione non tracciata dei registri; tenuta di registrazioni parallele. Fattori abilitanti: rilevazione manuale; assenza di protocollo formalizzato; coincidenza tra chi rileva e chi registra	4	5	20 ELEVATO	Segregazione e riconciliazione a tre vie; immodificabilità e tracciabilità del registro; verifica a campione del RPCT; protocollo dedicato; formazione dedicata; informatizzazione	Personale infermieristico e assistenziale; Direttore Sanitario	Registro tenuto in forma non modificabile; percentuale di correzioni tracciate (obiettivo 100%). Entro 12 mesi
Predisposizione, validazione e trasmissione del rendiconto mensile all'ASP; emissione delle fatture per le rette	Rendicontazione di giornate non effettive; emissione di fatture per prestazioni non erogate; manipolazione dei dati trasmessi per via telematica; omessa restituzione di indebiti. Fattori abilitanti: monopolio informativo dell'area amministrativa; assenza di riscontro indipendente	4	5	20 ELEVATO	Segregazione e riconciliazione a tre vie; verifica a campione del RPCT; tracciabilità di rettifiche, contestazioni e indebiti; protocollo dedicato; credenziali individuali; rotazione funzionale	Referente area amministrativa; Direttore Sanitario; Presidente	Prospetti di riconciliazione mensili sottoscritti (12/anno); verifica semestrale del RPCT su almeno il 10% delle giornate rendicontate. Entro 12 mesi
Comunicazione all'ASP di decessi, dimissioni, ricoveri ospedalieri e assenze rilevanti ai fini della retta	Omessa, incompleta o ritardata comunicazione, con conseguente rendicontazione di giornate non dovute. Fattori abilitanti: pluralità di soggetti coinvolti; assenza di termine interno formalizzato	3	5	15 ELEVATO	Tempestività e tracciabilità delle comunicazioni; segregazione e riconciliazione a tre vie; tracciabilità di rettifiche, contestazioni e indebiti; registro cronologico delle movimentazioni	Direttore Sanitario; referente area amministrativa	Percentuale di comunicazioni effettuate entro il termine interno (obiettivo 100%); rilevazione trimestrale. Entro 6 mesi
Erogazione del servizio secondo gli standard qualitativi, quantitativi e di dotazione organica previsti dalla convenzione	Erogazione con standard inferiori a quelli convenzionali e occultamento della difformità all'ASP; indebito risparmio di costi a danno degli ospiti e del SSR	3	5	15 ELEVATO	Verifica semestrale della permanenza degli standard; verifica dell'effettività delle prestazioni; corrispondenza tra organico e standard; conformità delle derrate e dei materiali	Direttore Sanitario; Responsabile della Qualità e URP	Verbali semestrali di verifica; numero di scostamenti rilevati e piani di rientro attuati. Entro 12 mesi
Gestione della convenzione, del rinnovo e delle autocertificazioni; rapporti con i funzionari dell'ASP e del Distretto	Dazione o promessa di utilità a funzionari per ottenere il rinnovo, esiti favorevoli dei controlli o la mancata contestazione di irregolarità; autocertificazioni non veritiere; attivazione di canali informali; traffico di influenze	2	5	10 MODERATO	Presidio dei rapporti e doppia presenza; presidio delle autocertificazioni; divieto rafforzato verso soggetti pubblici; segnalazione delle pressioni indebite	Presidente; Direttore Sanitario	Annotazioni degli incontri; completezza del fascicolo delle autocertificazioni; assenza di annotazioni nel registro omaggi riferite a soggetti pubblici. Continuativa
Rapporti con l'UVM e con i Distretti Sanitari; ricezione delle autorizzazioni al ricovero e ordine di ammissione	Promessa o dazione di utilità a componenti dell'UVM o a funzionari distrettuali per orientare valutazioni, punteggi SVAMA o ordine di priorità; segnalazione preferenziale di nominativi; interferenza informale sulla lista d'attesa. Fattori abilitanti: contatto diretto e continuativo con gli uffici; scarsità della risorsa	3	5	15 ELEVATO	Divieto di interferenza e canalizzazione dei contatti; registro cronologico degli accessi; verifica documentale preventiva; segnalazione delle pressioni indebite; formazione dedicata	Direttore Sanitario; Presidente	Percentuale di ammissioni con autorizzazione distrettuale agli atti (obiettivo 100%); numero di scostamenti motivati tra ordine di autorizzazione e ordine di ammissione. Entro 6 mesi
Contatti preventivi con ospiti e familiari; informazione sulle modalità di accesso e supporto nella compilazione della modulistica	Ricezione di denaro o utilità da familiari quale presunta corsia preferenziale; rappresentazione dell'esistenza di canali di accesso privilegiati; trattamento informativo differenziato	3	4	12 MODERATO	Informazione trasparente e uniforme; divieto assoluto di richiesta di somme e utilità; canale di ascolto e reclami; formazione dedicata	Assistente sociale; Responsabile della Qualità e URP; Direttore Sanitario	Consegna documentata della Carta dei Servizi al primo contatto (obiettivo 100%); assenza di reclami sul punto. Entro 12 mesi

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Dimissioni e mancate riammissioni disposte dall'Ente; conservazione del posto	Dimissione o mancata riammissione di ospiti a maggiore intensità assistenziale per ragioni di convenienza economica; ritardo strumentale nella comunicazione di dimissioni e decessi	2	5	10 MODERATO	Motivazione e validazione delle dimissioni disposte dall'Ente; tempestività e tracciabilità delle comunicazioni; registro cronologico delle movimentazioni	Direttore Sanitario	Percentuale di dimissioni disposte dall'Ente con provvedimento scritto e motivato (obiettivo 100%); esame annuale del RPCT. Entro 12 mesi
Rapporti economici con ospiti, familiari, amministratori di sostegno e tutori	Richiesta o accettazione di somme, integrazioni di retta, "contributi", regali o altre utilità non dovuti; richiesta ai familiari di beni o servizi già ricompresi negli obblighi convenzionali. Fattori abilitanti: fragilità della controparte; rapporto quotidiano e riservato; asimmetria informativa sui contenuti della retta	3	5	15 ELEVATO	Divieto assoluto e affissione; trasparenza sui contenuti della retta e tariffario dei servizi aggiuntivi; canale di ascolto e reclami; formazione dedicata; whistleblowing	Tutti i destinatari; Direttore Sanitario; Responsabile della Qualità e URP	Avvenuta affissione e pubblicazione del divieto e dei recapiti del RPCT; pubblicazione del prospetto dei servizi ricompresi nella retta; numero di segnalazioni e reclami sul punto. Entro 6 mesi
Erogazione delle prestazioni assistenziali, sanitarie, riabilitative e alberghiere; redazione e attuazione del PAI	Registrazione di prestazioni non rese o difformi; PAI non attuato; impiego di derrate e materiali di qualità inferiore; carenza di personale rispetto agli standard	3	5	15 ELEVATO	Verifica semestrale dell'effettività e della corrispondenza; verifica semestrale della permanenza degli standard; corrispondenza tra organico e standard; controllo di conformità delle derrate e dei materiali; immodificabilità delle registrazioni	Direttore Sanitario; Responsabile della Qualità e URP	Percentuale di PAI con evidenza di attuazione nel campione esaminato; verbali semestrali. Entro 12 mesi
Gestione delle somme, dei valori e degli effetti personali degli ospiti	Appropriazione o gestione non tracciata di somme e beni; assenza di rendicontazione ai familiari; detenzione di deleghe o mezzi di pagamento riferiti a rapporti bancari degli ospiti. Fattori abilitanti: incapacità dell'ospite di verificare; affidamento a soggetto unico	3	5	15 ELEVATO	Protocollo dedicato, registri individuali, rendicontazione periodica e riscontro indipendente; rotazione funzionale del riscontro; conflitto di interessi	Assistente sociale; referente area amministrativa; Direttore Sanitario	Istituzione dei registri individuali entro 6 mesi; percentuale di rendicontazioni trimestrali con ricevuta acquisita (obiettivo 100%); riscontri periodici verbalizzati
Liberalità, donazioni e disposizioni patrimoniali provenienti da ospiti, familiari o terzi	Captazione di liberalità o disposizioni testamentarie approfittando della fragilità cognitiva; nomina di operatori quali amministratori di sostegno o tutori; accettazione di liberalità di provenienza non verificabile	2	5	10 MODERATO	Divieto di captazione e disciplina delle liberalità in entrata; registro unico; disciplina del conflitto di interessi; tutela del segnalante (whistleblowing)	Consiglio di Amministrazione; Direttore Sanitario; RPCT	Assenza di annotazioni relative a liberalità provenienti da ospiti o loro familiari; segnalazione immediata di ogni notizia rilevante. Continuativa
Gestione dei reclami e delle segnalazioni dell'utenza; rilevazione della soddisfazione	Omessa registrazione, gestione distorta o mancato riscontro di reclami idonei a far emergere condotte rilevanti; trattamento del reclamo da parte del soggetto interessato dalla doglianza	3	4	12 MODERATO	Gestione strutturata dei reclami e riscontro entro 30 giorni; separazione tra controllo e operatività; tutela del segnalante (whistleblowing)	Responsabile della Qualità e URP; RPCT	Percentuale di reclami protocollati e riscontrati nei termini (obiettivo 100%); trasmissione semestrale del registro. Entro 6 mesi
Autorizzazione sanitaria e accreditamento: istanze, dichiarazioni sostitutive, comunicazioni di variazione, adempimenti periodici	Utilità a funzionari per ottenere, conservare o accelerare provvedimenti; documenti o dichiarazioni non veritieri; omissione delle comunicazioni di variazione; esercizio in difformità dai titoli	2	5	10 MODERATO	Scadenzario degli adempimenti; verifica preventiva delle dichiarazioni e della documentazione tecnica; presidio della continuità della direzione sanitaria; protocollo dedicato; segnalazione delle pressioni indebite	Direttore Sanitario; Responsabile della Qualità e URP; Presidente	Scadenzario aggiornato e verificato semestralmente; assenza di scadenze non rispettate. Entro 6 mesi
Verifiche, audit e ispezioni di soggetti pubblici (Dipartimento di Prevenzione, Distretto, NAS, ITL, enti previdenziali, Amministrazione finanziaria)	Utilità ai verificatori per ottenere esiti favorevoli o la mancata contestazione; esibizione di documenti falsi; occultamento o distruzione di documenti; occultamento di non conformità o eventi avversi; concussione subita	3	5	15 ELEVATO	Doppia presenza, annotazione interna, archiviazione dei verbali e piani di adeguamento tracciati; protocollo dedicato; segnalazione immediata di richieste anomale	Direttore Sanitario; Responsabile della Qualità e URP; Presidente	Percentuale di accessi ispettivi con verbale archiviato ed evidenza della doppia presenza (obiettivo 100%); percentuale di prescrizioni attuate nei termini. Continuativa

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Adempimenti fiscali, tributari e previdenziali	Utilità a funzionari dell'Amministrazione finanziaria o degli enti previdenziali; compensazioni con crediti inesistenti; dichiarazioni infedeli; irregolarità contributive incidenti sulla liquidazione delle rette	2	4	8 MODERATO	Incarichi formalizzati a professionisti abilitati, pagamenti tracciabili, verifica periodica dei versamenti e del DURC	Referente area amministrativa; Presidente	Attestazione annuale di regolarità dei versamenti; DURC regolare in costanza di rapporto convenzionale
Acquisizione e gestione di contributi, agevolazioni e finanziamenti pubblici	Dichiarazioni o documenti falsi per ottenere erogazioni; impiego delle somme per finalità difformi; compensi a consulenti in percentuale sul contributo ottenuto	2	4	8 MODERATO	Approvazione preventiva del CdA, veridicità dei dati, rendicontazione documentata, divieto di success fee non trasparenti	Consiglio di Amministrazione; referente area amministrativa	Elenco annuale dei contributi richiesti e ottenuti, con stato delle rendicontazioni
Contenzioso, accordi transattivi e rapporti con l'Autorità Giudiziaria	Utilità a soggetti coinvolti nel procedimento; transazioni a condizioni ingiustificate quale veicolo di provvista; pressioni su soggetti chiamati a rendere dichiarazioni	2	4	8 MODERATO	Incarichi scritti ai legali con clausola etica, parere preventivo, approvazione motivata delle transazioni, tracciabilità dei pagamenti, divieto di pressioni	Presidente; Consiglio di Amministrazione	Elenco annuale dei contenziosi e delle transazioni con le relative condizioni
Approvvigionamento di derrate alimentari, farmaci di fascia C, presidi, materiali sanitari e prodotti per la sanificazione; magazzino e scadenze	Utilità ricevute da fornitori per orientare le scelte di acquisto; ordini non motivati o sovradimensionati; sovrafatturazione o acquisti fittizi per costituire provvista occulta; accettazione di forniture di qualità inferiore	3	4	12 MODERATO	Segregazione del ciclo passivo; divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione; controllo di conformità; protocollo dedicato; registro degli omaggi	Responsabili di servizio; Presidente; referente area amministrativa; Direzione Sanitaria	Percentuale di ordini preceduti da richiesta scritta e motivata; percentuale di consegne con attestazione di conformità (obiettivo 100%). Entro 12 mesi
Selezione, qualifica, monitoraggio e valutazione periodica dei fornitori e delle imprese appaltatrici	Selezione in assenza di criteri oggettivi e di confronto; rapporti consolidati mai riesaminati; infiltrazione di controparti riconducibili a contesti criminali; richieste estorsive	3	4	12 MODERATO	Albo dei fornitori qualificati, verifiche documentali, confronto di preventivi e riesame triennale; segnalazione delle pressioni indebite; protocollo dedicato	Responsabile della Qualità e URP; Presidente	Integrazione dell'albo entro 24 mesi; numero di riesami effettuati; percentuale di affidamenti significativi con almeno due preventivi o motivazione scritta
Acquisto, manutenzione e verifica periodica di apparecchiature, ausili, attrezzature riabilitative e impianti	Alterazione o omissione delle registrazioni di manutenzione e delle verifiche periodiche per risparmio di costi; utilità ricevute da manutentori; pregiudizio per la sicurezza di ospiti e lavoratori	3	4	12 MODERATO	Registro delle manutenzioni e conservazione dei rapporti e dei verbali; segregazione del ciclo passivo; divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione	Responsabile della Qualità e URP; Presidente	Percentuale di verifiche periodiche effettuate nei termini (obiettivo 100%); flusso annuale al RPCT
Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi e dei rifiuti assimilabili agli urbani	Conferimento a soggetti non autorizzati o a costi anomali; alterazione o omessa compilazione di formulari e registri; indicazione non veritiera dei pesi; superamento dei limiti del deposito temporaneo	2	4	8 MODERATO	Verifica periodica delle autorizzazioni e dell'iscrizione all'Albo; rispetto dei limiti di deposito; FIR e registro cronologico; formazione degli addetti; protocollo dedicato	Direttore Sanitario; personale infermieristico; referente area amministrativa	Evidenza annuale delle verifiche sull'impresa incaricata; percentuale di formulari rientrati controfirmati (obiettivo 100%)
Valutazione del fabbisogno e selezione del personale dipendente	Assunzioni fondate su conoscenza, amicizia o favore personale; assunzioni quale contropartita di segnalazioni di pubblici funzionari; assunzione in violazione del divieto di pantouflage; impiego di lavoratori privi di regolare titolo di soggiorno	3	4	12 MODERATO	Delibera motivata del fabbisogno e verbalizzazione della selezione; verifica dei requisiti; dichiarazioni ostative e di conflitto; divieto di pantouflage; disciplina del conflitto di interessi	Consiglio di Amministrazione; Direttore Sanitario; referente area amministrativa	Percentuale di selezioni con verbale e motivazione agli atti (obiettivo 100%); percentuale di dichiarazioni acquisite
Conferimento di incarichi a medici specialisti collaboratori e ad altri professionisti sanitari	Incarichi fondati su criteri non oggettivi; omessa verifica di titoli, iscrizione all'albo e copertura assicurativa; compensi sproporzionati; incarichi quale contropartita di utilità; violazione del divieto di pantouflage	3	4	12 MODERATO	Verifica documentata dei titoli e delle coperture; formalizzazione e congruità dei compensi; dichiarazioni ostative e di conflitto; divieto di pantouflage	Presidente; Direttore Sanitario	Percentuale di incarichi con verifica dei titoli documentata (obiettivo 100%); report annuale al RPCT
Conferimento di incarichi a consulenti e professionisti esterni	Incarichi fittizi o compensi sproporzionati quale veicolo di provvista per finalità corruttive; scelta dei professionisti su base personale; incarichi non necessari	3	3	9 MODERATO	Incarichi scritti, verifica delle competenze e della congruità del compenso, pagamento tracciabile a fronte di prestazione documentata, clausola etica	Presidente; referente area amministrativa	Elenco annuale degli incarichi attivi e dei compensi trasmesso all'OdV e al RPCT

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Formazione, aggiornamento ed eventi formativi finanziati da terzi	Finanziamento di eventi, viaggi o ospitalità da parte di fornitori o produttori quale forma dissimulata di utilità	2	3	6 BASSO	Autorizzazione preventiva e registro degli eventi finanziati; disciplina dei rapporti con informatori scientifici; disciplina degli eventi formativi finanziati da terzi	Presidente; Direttore Sanitario	Istituzione del registro entro 12 mesi; numero di autorizzazioni rilasciate e relative motivazioni
Attribuzione di premi, benefit e rimborsi spese	Attribuzione di utilità non giustificate; rimborsi privi di documentazione giustificativa	2	2	4 BASSO	Criteri definiti e documentati, rimborsi solo a fronte di giustificativi, registrazione contabile ed evidenza al RPCT in sede di riesame annuale	Presidente; referente area amministrativa	Percentuale di rimborsi con giustificativo (obiettivo 100%); riesame annuale
Gestione degli incassi delle rette, dei pagamenti, della tesoreria e del conto corrente dedicato	Pagamenti privi di riscontro contrattuale o verso coordinate riferibili a terzi; utilizzo di conti diversi da quello dedicato; accettazione o impiego di somme di provenienza illecita; autoriciclaggio	2	4	8 MODERATO	Canalizzazione e tracciabilità dei flussi, verifica rafforzata in caso di variazione dell'IBAN; separazione tra predisposizione e autorizzazione e riconciliazioni	Referente area amministrativa; Presidente	Numero di variazioni di IBAN verificate e documentate; riconciliazioni periodiche effettuate; segnalazioni di operazioni anomale
Gestione della cassa contante per spese minute e acquisti urgenti	Gestione non tracciata; costituzione di disponibilità extracontabili; frazionamento artificioso; appropriazione di somme	3	3	9 MODERATO	Registro delle entrate e delle uscite con causale e giustificativo e riscontro periodico da parte di soggetto diverso dal cassiere; rotazione funzionale del riscontro	Referente area amministrativa	Riscontri trimestrali verbalizzati; assenza di differenze non giustificate. Entro 6 mesi
Rapporti economici tra il Consorzio e le cooperative sociali consorziate	Regolazione a condizioni ingiustificatamente difformi da quelle di mercato o in assenza di effettività della prestazione; fatture per operazioni inesistenti; ribaltamenti di costi privi di sostanza economica; conflitto di interessi dei componenti del CdA	3	4	12 MODERATO	Formalizzazione con contratto scritto a condizioni di mercato, evidenza dell'effettività, verifica campionaria annuale del RPCT; obbligo di astensione dei consiglieri	Presidente; Consiglio di Amministrazione; RPCT	Percentuale di rapporti infraconsortili regolati da contratto scritto (obiettivo 100%); esito della verifica campionaria annuale
Formazione del bilancio, informativa ai consorziati e tenuta dei libri sociali	False comunicazioni sociali; impedito controllo dei consorziati; operazioni sul fondo consortile non conformi allo statuto	2	4	8 MODERATO	Verbalizzazione, tenuta dei libri sociali, completezza e tempestività dell'informativa; protocollo dedicato	Presidente; Consiglio di Amministrazione	Regolarità della verbalizzazione; trasmissione della relazione annuale del RPCT all'Assemblea unitamente al bilancio
Omaggi, liberalità in uscita e spese di rappresentanza	Omaggi, ospitalità o prestazioni gratuite quale veicolo di utilità indebite verso funzionari dell'ASP, componenti dell'UVM, medici prescrittori o loro familiari	2	4	8 MODERATO	Registro unico degli omaggi e soglia del valore simbolico; divieto rafforzato verso soggetti pubblici; disciplina degli omaggi e delle liberalità	Referente area amministrativa; Presidente	Istituzione del registro entro 6 mesi; riepilogo annuale al RPCT; assenza di annotazioni riferite a soggetti pubblici
Rapporti con informatori scientifici e case produttrici di farmaci, presidi e prodotti per la nutrizione	Ricezione di utilità in violazione del divieto di comparaggio; condizionamento delle scelte assistenziali e di acquisto	2	3	6 BASSO	Disciplina degli incontri, presenza del Direttore Sanitario e annotazione del materiale ricevuto; divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione; autorizzazione preventiva e registro degli eventi finanziati; tutela del segnalante (whistleblowing)	Direttore Sanitario	Registrazione degli incontri; annotazioni nel registro degli omaggi; assenza di segnalazioni
Sponsorizzazioni, comunicazione informativa sanitaria e rapporti con soggetti che orientano l'utenza verso la Struttura	Sponsorizzazioni o beneficenza in favore di iniziative riconducibili a funzionari pubblici; corresponsione di utilità a terzi per l'orientamento di utenza; comunicazioni non conformi alla disciplina di settore	2	4	8 MODERATO	Formalizzazione e approvazione delle sponsorizzazioni e divieto verso soggetti pubblici; conformità della comunicazione e divieto di procacciamento	Consiglio di Amministrazione; Presidente; Direttore Sanitario	Percentuale di iniziative approvate preventivamente (obiettivo 100%); assenza di contestazioni degli Ordini professionali
Formazione, tenuta, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria e assistenziale (cartelle, diari, PAI, registri di farmacia)	Formazione o alterazione postuma di cartelle e registrazioni a supporto di prestazioni non erogate; cancellazione o modifica non tracciata; omessa conservazione. Fattori abilitanti: funzione probatoria della documentazione ai fini della rendicontazione	3	5	15 ELEVATO	Immodificabilità e tracciabilità delle registrazioni e custodia degli archivi; verifica a campione; credenziali individuali; formazione dedicata	Direttore Sanitario; personale sanitario e assistenziale	Esito della verifica semestrale del RPCT; percentuale di cartelle complete e conformi nel campione esaminato. Entro 12 mesi

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Trattamento dei dati personali e sanitari; gestione delle credenziali e accesso ai portali telematici pubblici	Accesso mediante credenziali altrui; alterazione di documenti informatici trasmessi alla P.A.; consultazione di dati sanitari al di fuori delle necessità di cura o amministrative; comunicazione o diffusione indebita di dati	3	4	12 MODERATO	Credenziali individuali, profilazione e disattivazione tempestiva; ricognizione annuale delle utenze e protocollo dedicato; presidio privacy e gestione dei data breach	Referente area amministrativa; referente per la protezione dei dati; consulenti informatici	Ricognizione annuale delle utenze; numero di data breach rilevati e gestiti; formazione privacy erogata. Entro 12 mesi
Rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto	Ritardo o rifiuto ingiustificato del rilascio; subordinazione del rilascio a condizioni non previste dalla legge; rilascio a soggetti non legittimati	2	3	6 BASSO	Procedura di rilascio entro sette giorni, registrazione delle richieste e verifica dei soggetti legittimati	Direttore Sanitario; segreteria amministrativa	Percentuale di richieste evase entro sette giorni (obiettivo 100%); rilevazione annuale