

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC)

Triennio 2026 — 2028

(L. 6 novembre 2012, n. 190 e D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33)

Allegato al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 — Rev. 01

MUCARIA - S.R.L. Centri emodialitici ambulatoriali di nefrologia

Sede legale:

Viale Europa n. 23 - 91019 Valderice (TP)

P.IVA 01927280816

Unità operative:

Viale Europa n. 23 - 91019 Valderice (TP)

Codice Struttura 412100

Corso Giacomo Generale Medici n. 148/b - 91011 Alcamo (TP)

Codice Struttura 413900

Revisione	Triennio	Data adozione	Approvazione
01 – Aggiornamento	2026-2028	22/07/2026	AMMINISTRATORE UNICO 

Il presente Piano costituisce allegato del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dall'Organizzazione.

Adozione in attuazione della Direttiva dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia Prot. n. 38726 del 18/05/2018, nel perimetro autorizzativo e accreditativo delle strutture di nefrologia e dialisi di Alcamo (Codice Regionale struttura 413900) e di Valderice (Codice Regionale struttura 412100), accreditate e convenzionate con il SSR presso l'ASP di Trapani, e secondo gli indirizzi vigenti dell'ASP di Trapani territorialmente competente.

Indice del documento

Il presente Piano è articolato in sedici Capitoli e in una sezione iniziale dedicata ai dati identificativi dell'ente, alla qualificazione regolatoria e al perimetro operativo considerato.

Capitolo	Contenuto
§ 0	Scheda identificativa dell'ente e perimetro applicativo del Piano (qualificazione dell'ente, matrice di sezioni applicabili, sottoscrizione)
§ 1	Glossario
§ 2	Introduzione, finalità e raccordo con il MOG 231 Rev. 01
§ 3	Quadro normativo (L. 190/2012, Determinazione ANAC 1134/2017, Direttiva assessoriale Regione Sicilia 18/05/2018 e atti ASP Trapani, D.Lgs. 33/2013, D.Lgs. 24/2023 e LG ANAC 1/2025, D.Lgs. 39/2013, catalogo penale)
§ 4	La prevenzione della corruzione nell'ente (struttura organizzativa, rapporti con il MOG 231)
§ 5	Elaborazione e adozione del Piano (sette fasi metodologiche, nomina del RPC con esclusione di coincidenza con il Legale Rappresentante e con l'OdV, termini di adozione, soggetti che concorrono)
§ 6	Individuazione dei rischi (catalogo penale rilevante, aree a rischio e processi sensibili §§ 6.3.1-6.3.14)
§ 7	Misure per la gestione dei rischi (principi generali, procedure specifiche, quadro sinottico, strumenti trasversali, protocolli per liste d'attesa, pazienti e familiari, copertura non conformità, dati sanitari, minori e fragili, attività domiciliare)
§ 8	Trasparenza (perimetro degli obblighi di pubblicazione applicabili)
§ 9	Pantouflage
§ 10	Obbligo di astensione e conflitto di interessi
§ 11	Rotazione del personale addetto alle aree a rischio
§ 12	Formazione del personale
§ 13	Codice Etico e sistema disciplinare (rinvio all'Allegato 1 e all'Allegato 3 del MOG)
§ 14	Whistleblowing e segnalazioni (architettura canale §§ 14.1-14.6: canale scritto/orale/incontro, gestore principale e sostituto, conflitto di interessi del gestore, termini 7 giorni e 3 mesi, riservatezza, canale esterno ANAC ex Delibera 479/2025)
§ 15	Attività del RPC, flussi informativi e aggiornamento (relazione annuale, coordinamento con l'OdV, 13 indicatori di efficacia)
§ 16	Adozione e sottoscrizione

0. Scheda identificativa dell'ente e perimetro applicativo del Piano

La presente sezione riporta i dati identificativi dell'ente, la qualificazione rilevante ai fini della disciplina anticorruzione e trasparenza, il perimetro operativo considerato e le principali caratteristiche sanitarie, organizzative e regolatorie rilevanti ai fini del Piano.

I dati sono indicati in apertura del Piano sulla base della documentazione aziendale, degli atti autorizzativi e di accreditamento, della convenzione o del rapporto contrattuale con il SSR, dell'organigramma, delle branche sanitarie esercitate e delle informazioni proprie dell'ente.

Le informazioni riportate costituiscono il presupposto della mappatura dei rischi, della definizione delle misure di prevenzione, dell'individuazione degli obblighi di trasparenza e del coordinamento con il MOG 231 Rev. 01. Eventuali modifiche rilevanti dell'assetto organizzativo, del regime di accreditamento, delle branche autorizzate, dei rapporti con il SSR o dei processi operativi comportano la rivalutazione del Piano da parte del RPC, in raccordo con l'OdV per i profili di competenza 231.

La presente sezione è coordinata con la corrispondente scheda iniziale del MOG 231 Rev. 01 e con la matrice di raccordo dei moduli operativi del MOG, al fine di garantire coerenza tra Modello 231, PTPC, protocolli sanitari, flussi informativi, Codice Etico, sistema disciplinare e allegati operativi.

0.1 Qualificazione regolatoria e dati identificativi dell'ente

La qualificazione dell'ente determina il perimetro di applicazione della disciplina anticorruzione e di trasparenza. La qualificazione non è automatica: deve essere accertata caso per caso secondo i criteri della Determinazione ANAC n. 1134/2017.

Voce	Dato
Denominazione struttura	MUCARIA - S.R.L.
Forma giuridica	S.R.L. — Società a responsabilità limitata
Qualificazione ai fini ANAC 1134/2017	Ente privato che svolge attività di pubblico interesse
Regione	Sicilia
ASP/ASL competente	ASP Trapani
Tipologia struttura	Centro emodialitico ambulatoriale di nefrologia — due unità operative (Alcamo e Valderice)
Branche autorizzate	Nefrologia e Dialisi
Accreditamento istituzionale	Sì — disciplina di Nefrologia e Dialisi per entrambe le unità operative, in forza del rapporto di accreditamento/convenzionamento con il SSR: Alcamo, Codice Regionale struttura 413900, con estremi dei provvedimenti conservati agli atti della struttura; Valderice, Codice Regionale struttura 412100, con accreditamento istituzionale trasferito alla società con D.R.S. n. 761 del 01/08/2023.

Convenzione SSR	Sì, nei limiti dell'accreditamento/convenzionamento e degli atti vigenti.
Minori in carico al servizio	No
Soggetti fragili o con disabilità in carico	No
Attività domiciliare	No
Obbligo PTPC da fonte regionale o ASP	Direttiva assessoriale Regione Sicilia 38726/2018; disposizioni programmatiche ed indirizzi vigenti emanati dall'ASP di Trapani per l'anno 2026
Obblighi di trasparenza applicabili	Limitati all'attività di pubblico interesse svolta nel rapporto con il SSR
RPC	Sig. Vincenzo Mucaria
OdV	OdV collegiale — Sig. Salvatore Alfano (Presidente) e Sig. Alberto Adragna, soggetti interni non di vertice, distinti dall'organo amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal RPC.

Autorizzazione all'esercizio: per l'unità operativa di Alcamo, Autorizzazione Sanitaria all'esercizio dell'Ambulatorio di Nefrologia e Dialisi di Alcamo, da ultimo confermata dalla presa d'atto dell'ASP di Trapani del settembre 2025, in continuità con i precedenti provvedimenti autorizzativi (tra cui l'autorizzazione n. 41/2021); per l'unità operativa di Valderice, Autorizzazione Sanitaria n. 37/2021, prot. n. 0131235 del 15/11/2021, di cui costituisce parte integrante la presa d'atto n. 05, prot. n. 0135931 del 17/09/2025, in continuità storica con l'originario D.A. n. 31407/2000 del 24/03/2000.

Sede legale: Viale Europa n. 23, 91019 Valderice (TP).

Unità operative accreditate: Corso Giacomo Generale Medici n. 148/b, 91011 Alcamo (TP) — Codice Regionale 413900; Viale Europa n. 23, 91019 Valderice (TP) — Codice Regionale 412100, coincidente con la sede legale.

I dati sopra indicati consentono di definire il perimetro applicativo del Piano, individuare le aree di rischio effettivamente rilevanti e raccordare le misure di prevenzione alle caratteristiche sanitarie, organizzative e regolatorie dell'ente.

Sincronizzazione con la Matrice di attivazione del MOG 231 Rev. 01. Le voci della presente Scheda relative a «Minori in carico al servizio», «Soggetti fragili o con disabilità in carico» e «Attività domiciliare» devono essere valorizzate, per la medesima struttura, in modo coerente con la valorizzazione delle corrispondenti condizioni operative B.2, B.3 e B.8 della Matrice di attivazione del MOG (§ 1.0.1 del MOG): un esito affermativo qui implica un esito affermativo nella Matrice MOG, e viceversa. La sincronizzazione è verificata dal RPC in sede di adozione e di aggiornamento annuale del Piano.

La qualificazione dell'ente ai fini della Determinazione ANAC n. 1134/2017 deve essere verificata in relazione alla struttura proprietaria, all'eventuale presenza di partecipazioni pubbliche, al regime di accreditamento, al rapporto con il SSR e agli obblighi eventualmente previsti da norme regionali, atti ASP o convenzioni.

0.2 Quadro di raccordo tra attività svolte e misure applicate

In coerenza con i dati indicati al § 0.1, il presente quadro raccorda le principali caratteristiche operative dell'ente con le aree di rischio e le misure di prevenzione previste dal Piano.

Il quadro ha funzione di orientamento tecnico e consente al RPC e all'OdV, per i profili di competenza, di verificare la coerenza tra attività svolte, rischi individuati, protocolli applicati, obblighi di trasparenza e flussi informativi.

Area/processo dell'ente	Misure e capitoli di presidio
Struttura accreditata SSR e convenzionata	§ 6.3.1 Rapporti con SSR e PA sanitaria; § 6.3.2 Rendicontazione SSR; § 7.3 Misure specifiche; § 8 Trasparenza con perimetro limitato all'attività di pubblico interesse.
Centri emodialitici ambulatoriali di nefrologia	§ 6.3.3 Rapporti con prescrittori e MMG; § 6.3.5 gestione professionisti e titoli; § 6.3.10 rapporti con pazienti, familiari e caregiver; § 7.5-7.6 presidi su prenotazioni, criteri di accesso, consenso e trattamenti preferenziali.
Dispositivi, materiali e farmaci dell'attività dialitica	Presidio MOG Parte Speciale M; qualificazione fornitori, tracciabilità dei lotti di dializzatori, linee ematiche, aghi-fistola, concentrati e farmaci ad alto costo (eritropoietina, ferro), riconciliazione consumi-sedute-rendicontazione, manutenzione delle apparecchiature per emodialisi e dell'impianto di trattamento dell'acqua, smaltimento.
Impianto di trattamento dell'acqua e apparecchiature per emodialisi	Presidi su manutenzione programmata, controlli microbiologici e chimico-fisici dell'acqua per dialisi, verifiche periodiche delle apparecchiature, qualificazione dei manutentori; coordinamento con la Parte Speciale B (SSL) e la Parte Speciale M del MOG.
Sito web e comunicazione sanitaria al pubblico	Presidi su contenuti informativi, comunicazioni non ingannevoli, tutela dell'immagine professionale, divieto di uso improprio di dati sanitari, immagini o casi clinici; raccordo con MOG Parte Speciale E e Codice Etico.
Fornitori critici e contratti rilevanti	§ 6.3.4; § 7.3 Quadro sinottico misure; qualificazione fornitori; clausole anticorruzione/231; conflitti di interesse; rapporti con fornitori di dispositivi e materiali di dialisi, manutentori delle apparecchiature e dell'impianto acqua, smaltitori, consulenti.
Dati personali e sanitari	§ 6.3.12; § 7.8; accessi profilati al gestionale, tutela dei referti e immagini diagnostiche, trattamento dati sanitari, gestione data breach e flussi verso RPC/OdV.
Minori e soggetti fragili	Non in carico continuativo nella presente revisione: non sono attivati i protocolli di presa in carico; restano i presidi ordinari su consenso/accompagnamento, riservatezza, dignità della persona e protezione dei dati sanitari.
Attività domiciliare	Non erogata nella presente revisione; eventuale futura attivazione comporta riesame del PTPC e della matrice di attivazione del MOG.
ASP Trapani	Direttiva assessoriale 38726/2018; rapporto di accreditamento/convenzionamento con il SSR per entrambe le unità operative (Codici Regionali struttura 413900 — Alcamo — e 412100 — Valderice, quest'ultima con accreditamento istituzionale trasferito alla società con D.R.S. n. 761 del 01/08/2023) e provvedimenti autorizzativi conservati agli atti della struttura; aggiornamento annuale e trasmissione del Piano all'ASP territorialmente competente secondo le richieste applicabili.

1. Glossario

Si fornisce, per agevolare la lettura del documento, un elenco delle definizioni e dei termini in uso.

Termine	Definizione
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato all'ente
Codice Etico	Codice adottato dall'ente quale parte integrante del Modello 231 (Allegato 1 del MOG)
Destinatari	Tutti i soggetti che, a qualunque titolo, operano per l'ente o in nome e per conto dell'ente: componenti degli organi sociali, dipendenti, medici e professionisti sanitari in regime libero-professionale o di collaborazione, tirocinanti, fornitori per la parte applicabile, consulenti esterni
D.Lgs. 33/2013	Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
D.Lgs. 39/2013	Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante «Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico»
D.Lgs. 24/2023	Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937 in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione (whistleblowing)
Direttiva assessoriale Sicilia 18/05/2018	Nota dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018, contenente l'atto di indirizzo per l'adeguamento del MOG 231 delle strutture sanitarie private accreditate alle disposizioni di prevenzione dei fenomeni corruttivi
DPR 62/2013	Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, applicabile per analogia ai destinatari per quanto compatibile con la natura privatistica dell'ente
DPR 445/2000	Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di documentazione amministrativa
Legge 190/2012	Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione»
LG ANAC 1/2025	Linee Guida ANAC n. 1/2025 sui canali interni di whistleblowing, approvate con Delibera ANAC n. 478 del 26 novembre 2025
MOG 231	Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dall'ente, cui il presente PTPC costituisce allegato
OdV	Organismo di Vigilanza ex art. 6, c. 1, lett. b), del D.Lgs. 231/2001, disciplinato al § 5 della Parte Generale del MOG
PA	Pubblica Amministrazione, inclusi i relativi esponenti nella veste di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, nonché i membri degli Organi e i funzionari delle istituzioni dell'Unione europea e di Stati esteri
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle pubbliche amministrazioni; per l'ASP committente vale il PIAO 2026-2028 adottato con Deliberazione DG ASP Trapani per il triennio di riferimento
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall'ANAC con Delibera n. 19 del 28 gennaio 2026 per il triennio 2026-2028

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Triennio 2026-2028 – Allegato del MOG 231 ex D.Lgs. 231/2001

MUCARIA - S.R.L.

PTPC	Il presente documento — PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
RPC	Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ex art. 1, c. 7, della L. 190/2012 e art. 43, c. 1, del D.Lgs. 33/2013
SSR	Servizio Sanitario Regionale
Perimetro applicativo	Insieme delle caratteristiche soggettive, organizzative, sanitarie e regolatorie dell'ente considerate ai fini della mappatura dei rischi, dell'individuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza

2. Introduzione

Con l'adozione del presente Piano, l'ente, in relazione alla qualificazione indicata al § 0.1 e al rapporto di accreditamento/convenzionamento con il SSR, intende ottemperare alle disposizioni applicabili in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, secondo il perimetro definito dalla L. 190/2012, dal D.Lgs. 33/2013, dalla Determinazione ANAC n. 1134/2017, dalla Direttiva dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018 e dagli atti dell'ASP territorialmente competente. Sono definiti in maniera integrata:

- a) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione previsto dall'art. 1, c. 5, della L. 190/2012, recante la valutazione del diverso livello di esposizione delle aree organizzative al rischio di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) la sezione Trasparenza in attuazione del D.Lgs. 33/2013, nei limiti della compatibilità sanciti dalla Determinazione ANAC n. 1134/2017 per i soggetti privati di pubblico interesse, contenente le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza nei limiti del perimetro applicabile, unitamente alla legalità e allo sviluppo della cultura dell'integrità.

La nozione di corruzione richiamata nel presente Piano è quella ampia accolta dal Piano Nazionale Anticorruzione, comprensiva non soltanto delle fattispecie penali di corruzione in senso stretto, ma anche delle situazioni di mala administration, ovvero, secondo la formulazione del PNA, di tutti i casi in cui «interessi privati condizionino impropriamente l'azione dell'ente, sia che tale condizionamento abbia avuto successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo».

Il presente Piano integra il sistema di controllo interno dell'ente, già strutturato attraverso il MOG 231 e i sistemi di gestione adottati. I principi e la metodologia utilizzati per l'analisi e la gestione dei fenomeni di corruzione sono coerenti con quelli adottati in sede di costruzione del MOG, in linea con l'indicazione dell'ANAC secondo cui i Piani di prevenzione della corruzione possono «fare perno» sul Modello Organizzativo adottato dall'ente.

Il Piano costituisce parte integrante del sistema di gestione dei rischi aziendali, ha valore precettivo fondamentale e deve essere osservato da tutti i destinatari. Nell'espletamento dei rispettivi compiti, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e l'Organismo di Vigilanza assicurano il necessario coordinamento, secondo le modalità descritte al § 15.

3. Quadro normativo

3.1 La L. 190/2012 e il sistema di prevenzione

Con la L. 6 novembre 2012, n. 190, sono state introdotte nell'ordinamento italiano le «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione», istitutive di un sistema organico di prevenzione articolato su due livelli: a livello nazionale, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dall'ANAC; a livello decentrato, attraverso i piani anticorruzione delle pubbliche amministrazioni e dei soggetti equiparati, definiti sulla base delle indicazioni del PNA e dell'analisi dei rischi specifici di ciascun soggetto.

Le strategie di prevenzione perseguono tre obiettivi principali: ridurre le opportunità di accadimento di casi di corruzione; aumentare le capacità di scoperta dei casi; creare un contesto sfavorevole alla corruzione, attraverso iniziative di formazione, trasparenza e cultura dell'integrità.

Il PNA di riferimento per il presente Piano è quello approvato con Delibera ANAC n. 19 del 28 gennaio 2026 per il triennio 2026-2028, che ha aggiornato e superato il PNA 2022 e l'Aggiornamento 2024. Il PNA 2026-2028 introduce, in particolare, una rinnovata impostazione metodologica della mappatura unica e integrata dei processi, una specifica trattazione dei contratti pubblici, della trasparenza, delle inconferibilità e incompatibilità.

3.2 Il rischio di corruzione nello spirito della L. 190/2012

La L. 190/2012 e il PNA accolgono una nozione di corruzione ampia rispetto al perimetro penale. Sono rilevanti non solo le fattispecie penali contro la Pubblica Amministrazione disciplinate dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale, ma anche le situazioni di cattiva amministrazione (mala administration) intese come deviazioni significative dei comportamenti e delle decisioni dalla cura imparziale dell'interesse pubblico, ovvero le situazioni nelle quali l'interesse privato condiziona impropriamente l'azione dell'ente, sia che tale condizionamento abbia avuto successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

L'accezione ampia rileva, per il presente Piano, in tre direzioni operative. Sotto il profilo della mappatura dei rischi, conduce a includere nel perimetro di valutazione non solo i processi nei quali sono astrattamente integrabili i reati contro la PA, ma anche i processi nei quali condotte di gestione opaca, di favoritismo o di abuso possano integrare condotte prodromiche. Sotto il profilo delle misure preventive, induce a privilegiare presidi che operino già nella fase prodromica (procedure di tracciabilità, controlli di processo, segregazione delle funzioni) rispetto a presidi attivabili solo a fattispecie integrata. Sotto il profilo del monitoraggio, induce a rilevare anche scostamenti e anomalie di processo, indipendentemente dall'integrazione di specifiche fattispecie.

3.3 Determinazione ANAC n. 1134/2017 e qualificazione dell'ente

La Determinazione ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017, recante le Linee Guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici, distingue tre categorie di soggetti: a) enti di diritto privato in controllo pubblico; b) enti di diritto privato partecipati non di controllo; c) enti di diritto privato che svolgono attività di pubblico interesse (cd. enti di pubblico interesse).

La qualificazione dell'ente non è automatica e non discende dalla sola circostanza dell'accreditamento istituzionale con il SSR. Costituiscono indici di qualificazione: la composizione del capitale o delle quote associative; l'esistenza di una partecipazione pubblica di controllo; la sottoposizione a poteri di nomina o di vigilanza riconducibili a soggetti pubblici; la natura prevalentemente o esclusivamente pubblicistica dell'attività svolta. In assenza di tali indici, l'ente privato accreditato è ordinariamente qualificato come ente di pubblico interesse, con applicazione della disciplina della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013 «in quanto compatibile» con la natura privatistica e con la dimensione organizzativa dell'ente.

La qualificazione concreta dell'ente è indicata nella sezione iniziale del Piano, sulla base degli elementi soggettivi, organizzativi e regolatori rilevanti. Da tale qualificazione discende la calibratura delle misure anticorruzione e degli obblighi di trasparenza applicabili.

3.4 Direttiva assessoriale Regione Sicilia 18/05/2018 e atti ASP Trapani

La Direttiva dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018 ha fornito l'atto di indirizzo per l'adeguamento del MOG 231 delle strutture sanitarie private accreditate alle disposizioni concernenti la prevenzione dei fenomeni corruttivi, prescrivendo a tali strutture la predisposizione di un Piano di Prevenzione della Corruzione e la nomina di un Responsabile della Prevenzione della Corruzione. L'inadempimento è sanzionato con l'esclusione dall'incremento annuale dell'aggregato di spesa (0,2% per la specialistica ambulatoriale; 1,2% per le case di cura) e comporta il rischio di revoca del convenzionamento.

La verifica annuale dell'adeguamento è demandata alle ASP territorialmente competenti. Per le strutture insistenti sul territorio dell'ASP di Trapani, la Direzione Generale e i competenti uffici del Dipartimento delle Attività Territoriali e della U.O.C. Specialistica Ambulatoriale, in linea con le direttive e gli indirizzi attuativi per l'anno 2026, richiamano gli obblighi e le modalità operative per la trasmissione della pianificazione annuale, l'adempimento dei flussi informativi e la conformità dei requisiti organizzativi. Il presente Piano è redatto in attuazione di tale quadro regolatorio aziendale e territoriale.

Per il perimetro autorizzativo e accreditativo dei centri di nefrologia e dialisi di Alcamo e di Valderice sono inoltre richiamati: il D.A. Regione Siciliana 9 gennaio 2024, n. 20, in materia di requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale; la normativa regionale specifica in materia di assistenza dialitica e di centri di emodialisi; gli atti autorizzativi, i decreti di accreditamento e gli atti convenzionali con il SSR applicabili alla struttura.

3.5 D.Lgs. 33/2013 e disciplina della trasparenza

Il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ha riordinato la disciplina degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni. La Determinazione ANAC n. 1134/2017 ne ha calibrato l'applicazione ai soggetti privati di pubblico interesse, individuando un catalogo selettivo di obblighi compatibili con la natura privatistica dell'ente. Il § 8 del presente Piano recepisce e declina tale catalogo per la specifica realtà dell'ente.

3.6 D.Lgs. 24/2023 e Linee Guida ANAC 1/2025 sul whistleblowing

Il D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, ha unificato e riordinato la disciplina della protezione delle persone che segnalano violazioni, sostituendo integralmente le precedenti previsioni dell'art. 1, c. 51, della L. 190/2012, dell'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 6, c. 2-bis, del D.Lgs. 231/2001. Le Linee Guida ANAC n. 1/2025 (Delibera n. 478 del 26 novembre 2025) ne hanno specificato l'applicazione ai canali interni; la Delibera ANAC n. 479 del 26 novembre 2025 ha modificato la precedente Delibera n. 311/2023 sul canale esterno gestito da ANAC. Il presente Piano disciplina al § 14 il canale whistleblowing in coerenza con il D.Lgs. 24/2023 e con il complesso delle Linee Guida e delle Delibere ANAC 1/2025-478 e 479/2025, in raccordo unitario con il sistema del MOG.

3.7 D.Lgs. 39/2013 — inconfiribilità e incompatibilità

Il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, disciplina, per le pubbliche amministrazioni e per gli enti privati in controllo pubblico, le ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali e di amministratore, le situazioni di incompatibilità per i titolari di tali incarichi e le ipotesi di inconfiribilità a seguito di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione. L'applicazione della disciplina al presente ente è graduata in funzione della qualificazione di cui al § 0.1 del presente Piano: per gli enti in controllo pubblico, applicazione diretta nei limiti delineati dalla Determinazione ANAC 1134/2017; per gli altri enti privati accreditati, applicazione quale misura organizzativa interna di prevenzione nei limiti della compatibilità con la natura privatistica e con il rapporto di accreditamento, salvo diversa previsione regionale o contrattuale. La declinazione operativa è al § 8.8 del presente Piano.

3.8 Riferimento al catalogo penale aggiornato

Le fattispecie penali rilevanti ai fini del presente Piano sono richiamate in coerenza con il catalogo penale vigente alla data di adozione. Si segnala in particolare che l'art. 323 c.p. (abuso d'ufficio) è stato abrogato dalla L. 9 agosto 2024, n. 114, di conversione del D.L. 14 giugno 2024, n. 92. Eventuali condotte residue, già qualificate come abuso d'ufficio, possono integrare altre fattispecie tutt'ora vigenti (corruzione, induzione indebita, falsità documentali, peculato) cui si rinvia.

4. La prevenzione della corruzione nell'ente

4.1 La struttura organizzativa

L'ente esercita attività ambulatoriale di nefrologia e dialisi presso le unità operative di Alcamo (TP), Corso Giacomo Generale Medici n. 148/b (Codice Regionale struttura 413900), e di Valderice (TP), Viale Europa n. 23 (Codice Regionale struttura 412100), nell'ambito dei perimetri autorizzati dall'ASP di Trapani e accreditati/convenzionati con il SSR per la disciplina di Nefrologia e Dialisi; la sede legale è in Valderice (TP), Viale Europa n. 23, coincidente con la relativa unità operativa.

Le funzioni organizzative rilevanti ai fini del presente Piano sono: Amministratore Unico e Legale Rappresentante Dott. Filippo Mucaria; Direttrice Sanitaria dell'unità operativa di Alcamo Dott.ssa Annalisa Di Martino; Direttore Sanitario dell'unità operativa di Valderice Dott. Filippo Mucaria; Responsabile Qualità, per entrambe le unità operative, Sig. Salvatore Alfano; Responsabile della Prevenzione della Corruzione Sig. Vincenzo Mucaria; Organismo di Vigilanza collegiale (Sig. Salvatore Alfano — Presidente — e Sig. Alberto Adragna). Nell'unità operativa di Valderice la direzione sanitaria è rivestita dal medesimo soggetto titolare della carica di Amministratore Unico e delle funzioni di Datore di lavoro; i profili di potenziale conflitto di interessi derivanti da tale cumulo sono presidiati dalle misure sull'obbligo di astensione di cui al § 10, dai flussi informativi verso il RPC e l'OdV e dalla distinzione di entrambi gli organi di controllo da tale soggetto.

L'organigramma di dettaglio e i mansionari sono richiamati quale evidenza organizzativa del sistema e devono essere mantenuti coerenti con MOG, PTPC, nomine e atti autorizzativi/accreditativi.

4.2 Rapporti con il MOG 231

Il presente Piano è coordinato con il MOG 231 Rev. 01 adottato dall'ente e ne costituisce allegato formale ai sensi della Direttiva assessoriale Regione Sicilia 38726/2018. I principi e la metodologia per l'analisi e la gestione dei fenomeni corruttivi sono coerenti con quelli del MOG. La mappatura dei processi sensibili condotta nel MOG (in particolare la matrice processo×famiglia di reati di cui al § 4.4 della Parte Generale del MOG 231 Rev. 01) costituisce punto di riferimento per la mappatura delle aree di rischio corruttivo qui sviluppata al § 6. I presidi di controllo definiti nelle Parti Speciali del MOG 231 Rev. 01 sono richiamati per i corrispondenti profili corruttivi e integrati, ove necessario, dalle misure specifiche del presente Piano.

Il coordinamento è informato ai criteri di idoneità del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo fissati dall'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 e precisati dalla giurisprudenza di legittimità, con particolare riferimento a Cass. Sezioni Unite n. 38343 del 18 settembre 2014 (sentenza ThyssenKrupp) sulla concreta capacità del Modello di prevenire reati della stessa specie come parametro decisivo della valutazione, e a Cass. Sez. VI n. 41768/2022 e Cass. Sez. II n. 26766/2024 per i profili applicativi successivi.

Il sistema disciplinare è quello del MOG (Allegato 3 del MOG 231 Rev. 01). Il canale whistleblowing è unico per le segnalazioni rilevanti ai fini 231 e ai fini anticorruzione (Allegato 4 del MOG 231 Rev.

01 e § 14 del presente Piano). Il piano formativo è unico per le materie 231 e anticorruzione (Allegato 6 del MOG 231 Rev. 01). L'OdV e il RPC operano in raccordo secondo le modalità descritte al § 5.5 lett. b-bis e al § 15.4 del presente Piano.

5. Elaborazione e adozione del Piano

L'ente ha elaborato il presente Piano seguendo una metodologia articolata in sette fasi sequenziali, in coerenza con gli orientamenti del PNA 2026-2028 e della Determinazione ANAC 1134/2017.

5.1 Le sette fasi metodologiche

La fase a) è la mappatura delle aree organizzative, sulla base delle peculiarità organizzativo-gestionali in atto, con individuazione delle aree a maggior rischio corruttivo in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni dell'ente.

La fase b) è l'accertamento del grado di rischio di commissione delle condotte rilevanti (risk assessment), valutando i presidi di controllo già in essere e identificando il rischio residuo.

La fase c) è la determinazione, per ogni area a rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si manifesti, attraverso confronto tra l'analisi dei rischi e la best practice di settore (gap analysis).

La fase d) è la definizione di piani di miglioramento a risoluzione dei principali gap individuati, con priorità e responsabili.

La fase e) è la programmazione di interventi formativi rivolti al personale, articolati per livelli, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio corruttivo.

La fase f) è l'adozione di efficaci meccanismi di segnalazione delle violazioni (whistleblowing) ai sensi del D.Lgs. 24/2023, in coordinamento con il canale unitario del MOG.

La fase g) è la definizione dei flussi informativi finalizzati al monitoraggio sull'implementazione del Piano e al raccordo tra RPC, OdV e organo amministrativo.

5.2 Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Ai sensi dell'art. 1, c. 7, della L. 190/2012, l'organo amministrativo dell'ente nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Il soggetto individuato deve possedere requisiti di stabilità dell'incarico, imparzialità di giudizio, professionalità e onorabilità, nei limiti di compatibilità con la natura privatistica e con la dimensione organizzativa dell'ente.

Per il presente ente il RPC è il Sig. Vincenzo Mucaria, referente apicale amministrativo-organizzativo della struttura, nominato con apposito atto del 22/07/2026 con durata triennale, distinto dall'OdV collegiale. Il RPC opera in raccordo con l'OdV per le aree di sovrapposizione e riferisce all'organo amministrativo.

La configurazione dell'OdV è collegiale, in capo al Sig. Salvatore Alfano (Presidente) e al Sig. Alberto Adragna, soggetti interni non titolari di funzioni di vertice gestorio, distinti dall'organo amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal RPC: tale assetto rafforza i requisiti di autonomia e indipendenza dell'organo ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/2001.

5.3 Termini e modalità di adozione del Piano

Il RPC, entro il 31 gennaio di ciascun anno, promuove l'adozione del Piano e degli aggiornamenti annuali ai sensi dell'art. 1, c. 8, della L. 190/2012. L'adozione e ciascun aggiornamento sono deliberati dall'organo amministrativo dell'ente; il documento è comunicato a tutti i destinatari attraverso pubblicazione sull'intranet o sito istituzionale, esposizione di sintesi nei locali aziendali e iniziative di formazione.

Il Piano è trasmesso per conoscenza all'ASP territorialmente competente, in coerenza con la Direttiva assessoriale 18/05/2018 e con le direttive programmatiche emanate dall'ASP di Trapani per l'anno 2026.

5.4 Aggiornamento del Piano

Il RPC valuta annualmente l'adeguatezza del Piano e propone all'organo amministrativo eventuali modifiche o integrazioni necessarie a implementarne l'efficacia, in particolare in presenza di significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, di modifiche del quadro normativo, di modifiche organizzative dell'ente, di mutamenti nel quadro di rischio rilevati attraverso il monitoraggio. L'aggiornamento è ordinariamente annuale; aggiornamenti straordinari sono adottati a evento.

5.5 Soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

Il Piano definisce obblighi e misure che coinvolgono l'intera struttura dell'ente. Sebbene la responsabilità della redazione e del monitoraggio sia in capo al RPC, tutti i destinatari concorrono al sistema di prevenzione in relazione ai compiti effettivamente svolti. Seguendo l'impostazione canonica dei piani anticorruzione, si individuano quattro tipologie di soggetti.

a) Organo amministrativo

L'organo amministrativo nomina il RPC, definendone la durata e il compenso; approva il Piano e gli aggiornamenti annuali; delibera in materia di provvedimenti correttivi proposti dal RPC in esito al monitoraggio; recepisce nelle proprie deliberazioni i principi del Piano e ne assicura la diffusione.

b) Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Al RPC sono attribuiti poteri di vigilanza sull'attuazione effettiva delle misure, di proposta di integrazioni e modifiche, di accesso ai documenti e alle informazioni dell'ente. I compiti del RPC comprendono: elaborazione e aggiornamento del Piano, da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno; definizione del piano di formazione e individuazione dei destinatari della formazione specifica; verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità; reporting con cadenza almeno semestrale all'organo amministrativo e all'OdV per quanto di rispettiva competenza; predisposizione, entro il 15 dicembre di ciascun anno, della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta; verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi, d'intesa con il dirigente competente e ove attuabile; vigilanza sul rispetto della disciplina del D.Lgs. 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità, con formulazione delle contestazioni in caso di insorgenza di

cause ostative; gestione del canale whistleblowing per le materie di propria competenza, in raccordo con il gestore unico del canale; raccordo con l'OdV. In materia di trasparenza, il RPC cura altresì la redazione e l'aggiornamento della sezione di trasparenza del sito istituzionale, controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti per i soggetti privati di pubblico interesse e segnala all'organo amministrativo i casi di mancato o ritardato adempimento.

b-bis) Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/2001

L'Organismo di Vigilanza, costituito ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 e disciplinato dall'Allegato 2 del MOG 231 Rev. 01, opera, nei limiti del proprio mandato 231, in coordinamento con il RPC secondo l'architettura del § 5.4 della Parte Generale del MOG e del successivo § 15.4 del presente Piano. L'OdV non è soggetto attuativo del PTPC, ma ne è soggetto di vigilanza concorrente per i profili che intersecano la responsabilità 231: in particolare, il canale whistleblowing comune (Allegato 4 del MOG e § 14 del presente Piano), i flussi informativi obbligatori sulle aree di rischio condivise con il MOG (Parte Speciale A — Reati contro la PA; Parte Speciale C — Reati societari e tributari; Parte Speciale E — Delitti informatici; Parte Speciale H — Caporalato; e le ulteriori Parti Speciali del MOG), la disciplina disciplinare interna (Allegato 3 del MOG).

L'OdV riceve dal RPC la Relazione Annuale prevista al § 15.1 del presente Piano e, di prassi, partecipa alle sedute del RPC per quanto di interesse comune. Sono fatte salve le rispettive ed esclusive responsabilità: per l'OdV, quelle discendenti dal D.Lgs. 231/2001; per il RPC, quelle discendenti dalla L. 190/2012 e dalla disciplina della trasparenza.

c) Responsabili delle aree a rischio corruttivo

Ai responsabili delle aree a rischio corruzione individuate al § 6 sono attribuite le seguenti responsabilità: attività informativa nei confronti del RPC sulle eventuali criticità o violazioni riscontrate, attraverso flussi periodici e segnalazioni tempestive; partecipazione al processo di gestione del rischio, attraverso collaborazione nell'individuazione delle misure di prevenzione e nell'aggiornamento della mappatura; attuazione delle misure di prevenzione programmate; adozione di misure di prevenzione del rischio, ivi compresa l'eventuale segnalazione di condotte rilevanti ai fini disciplinari; verifica dell'esattezza, completezza e tempestivo aggiornamento dei dati di propria competenza ai fini della pubblicazione nella sezione Trasparenza.

d) Dipendenti e collaboratori

I dipendenti e i collaboratori, inclusi i medici e i professionisti sanitari in regime libero-professionale e i tirocinanti, partecipano al processo di gestione del rischio osservando le misure contenute nel Piano e nei documenti collegati (Codice Etico, procedure operative, Modello). Sono tenuti a segnalare al proprio responsabile, al RPC e, ove rilevanti ai fini 231, all'OdV, eventuali situazioni di illecito, conflitto di interesse o anomalie di processo che li riguardino o che siano venute a loro conoscenza, attraverso il canale whistleblowing o, per le segnalazioni non rilevanti ai fini 231 e per le richieste di chiarimento, attraverso comunicazione diretta al responsabile.

6. Individuazione dei rischi

6.1 Fattispecie di reato rilevanti ai fini della L. 190/2012

La L. 190/2012 fa riferimento, come anticipato al § 3.2, a una nozione ampia di corruzione, che ricomprende non soltanto i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale, ma anche le situazioni di mala administration, intese come deviazioni significative dei comportamenti e delle decisioni dalla cura imparziale dell'interesse pubblico.

6.2 Catalogo delle fattispecie penali rilevanti

A seguito dell'analisi dei rischi condotta sull'operatività dell'ente, sono individuate come fattispecie penali rilevanti, ai fini del presente Piano, le seguenti, fermo restando il rinvio integrale al Codice penale per i contorni delle singole fattispecie:

- art. 314 c.p. — peculato;
- art. 316 c.p. — peculato mediante profitto dell'errore altrui;
- art. 316-bis c.p. — malversazione di erogazioni pubbliche;
- art. 316-ter c.p. — indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato;
- art. 317 c.p. — concussione;
- art. 318 c.p. — corruzione per l'esercizio della funzione;
- art. 319 c.p. — corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio;
- art. 319-ter c.p. — corruzione in atti giudiziari;
- art. 319-quater c.p. — induzione indebita a dare o promettere utilità;
- art. 320 c.p. — corruzione di persona incaricata di pubblico servizio;
- art. 322 c.p. — istigazione alla corruzione;
- art. 322-bis c.p. — peculato, concussione, induzione indebita, corruzione e istigazione alla corruzione di membri di organi internazionali e di Stati esteri;
- art. 346-bis c.p. — traffico di influenze illecite;
- art. 353 c.p. — turbata libertà degli incanti;
- art. 353-bis c.p. — turbata libertà del procedimento di scelta del contraente.

Sono altresì rilevanti, per le condotte di alterazione documentale connesse all'attività di rendicontazione al SSR, di certificazione sanitaria e amministrativa, e in generale di formazione di atti rilevanti per la qualifica di pubblico interesse dell'attività svolta:

- art. 476 c.p. — falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici;
- art. 479 c.p. — falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici;

— artt. 480 e 481 c.p. — falsità in certificati e in autorizzazioni amministrative.

Si segnala, come anticipato al § 3.8, che l'art. 323 c.p. (abuso d'ufficio) è stato abrogato dalla L. 9 agosto 2024, n. 114. Le condotte un tempo riconducibili all'abuso d'ufficio sono valutate, ove ne ricorrano gli estremi, sotto altre fattispecie tuttora vigenti (corruzione, induzione indebita, falso, peculato).

Sono altresì oggetto di considerazione, in coerenza con la nozione ampia di corruzione, tutti i comportamenti prodromici ai reati elencati che, pur ancora privi di disvalore penalmente rilevante, possono rappresentare la premessa di condotte autenticamente corruttive: ad esempio le condotte di favoritismo, di mancata trasparenza nelle procedure di selezione, di gestione opaca degli omaggi e delle ospitalità, di accettazione di utilità di rilievo da fornitori in costanza di procedure di acquisto.

6.3 Aree a rischio e processi sensibili

Sulla base dell'analisi condotta e mutuando lo schema della Determinazione ANAC n. 12/2015 (sezione sanità), in coerenza con la mappatura processo*famiglia di reati del MOG 231 § 4.4, sono individuate le seguenti aree a rischio corruttivo specifiche per la struttura sanitaria ambulatoriale accreditata.

6.3.1 Rapporti con il SSR e con la PA sanitaria

Processi sensibili: autorizzazione sanitaria e accreditamento; mantenimento dei requisiti; rinnovi e estensioni; rapporti con il valutatore in sede di sopralluogo; rapporti con ASP committente; Assessorato della Salute; Ministero della Salute; altri enti pubblici.

Fattori abilitanti: discrezionalità tecnica del valutatore; rilevanza economica dei provvedimenti; complessità documentale; possibili relazioni dirette o indirette del personale dell'ente con personale tecnico dell'ente valutatore.

Eventi rischiosi: dazione di utilità a funzionari o valutatori; documentazione non veritiera; impegni di assunzione di personale segnalato.

6.3.2 Rendicontazione delle prestazioni e fatturazione al SSR

Processi sensibili: codifica delle prestazioni; controllo della prescrizione e dell'impegnativa; verifica dei requisiti del professionista che ha erogato la prestazione; gestione dei tetti di spesa e del budget assegnato; gestione delle contestazioni del SSR e dei recuperi somme; gestione liste d'attesa.

Fattori abilitanti: volumi elevati di prestazioni; pressione sul rispetto del budget; possibilità di alterazione nei tracciati informatici; complessità del nomenclatore tariffario regionale.

Eventi rischiosi: rendicontazione di sedute dialitiche non eseguite, duplicate o eseguite da personale non qualificato; fatturazione di un numero di sedute non coerente con la prescrizione e con l'appropriatezza clinica (numero di sedute settimanali per paziente); alterazione della codifica; gestione opaca della programmazione dei turni dialitici per attribuzione di priorità indebite.

6.3.3 Rapporti con prescrittori, MMG, specialisti e canalizzazione pazienti

Processi sensibili: stipula di contratti con medici operanti anche per il SSN; eventi formativi rivolti a prescrittori; sponsorizzazioni di congressi e attività promozionali; gestione di omaggi e ospitalità; rapporti con MMG.

Fattori abilitanti: capacità del prescrittore di orientare la scelta del paziente; concorrenza tra strutture accreditate; opacità delle prassi di omaggistica e ospitalità.

Eventi rischiosi: riconoscimento di utilità correlate all'invio di pazienti (comparaggio); contratti di consulenza fittizi; sponsorizzazioni non documentate.

6.3.4 Acquisti, qualificazione fornitori, contratti, manutenzioni

Processi sensibili: selezione e qualificazione fornitori di dispositivi medici, reagenti, apparecchiature, servizi; affidamenti diretti e procedure comparative; varianti contrattuali.

Fattori abilitanti: specializzazione dei mercati; numero ridotto di fornitori per alcune categorie; rilevanza economica.

Eventi rischiosi: affidamenti reiterati senza comparazione; specifiche tecniche elaborate ad personam; accettazione di utilità.

6.3.5 Selezione e gestione del personale, progressioni di carriera, attività libero-professionali

Processi sensibili: selezione e assunzione; conferimento di incarichi apicali; verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013; verifica condizioni ostative pre-assunzione (pantouflage); attività libero-professionali.

Fattori abilitanti: rilevanza del capitale relazionale di personale di provenienza pubblica; potenziali conflitti di interesse.

Eventi rischiosi: conferimento di incarichi a soggetti che abbiano svolto attività di controllo sull'ente nei tre anni precedenti; assunzioni come contropartita; mancata raccolta delle dichiarazioni 39/2013.

6.3.6 Gestione delle transazioni finanziarie, ticket e contanti

Processi sensibili: gestione incassi; pagamenti; rapporti bancari; gestione del pagamento del ticket; gestione delle casse contanti; investimenti; imposte, tributi, contributi.

Fattori abilitanti: gestione di contanti (limitatamente alle quote consentite); ampiezza degli intermediari finanziari.

Eventi rischiosi: utilizzo di contanti oltre le soglie; pagamenti non tracciati; manipolazione delle casse.

6.3.7 Scritture contabili, bilancio, rapporti con organi di controllo

Processi sensibili: redazione delle scritture contabili; redazione del bilancio; rapporti con il collegio sindacale o il revisore.

Fattori abilitanti: complessità della valutazione di poste rilevanti (crediti SSR, accantonamenti); rapporto fiduciario con il consulente fiscale.

Eventi rischiosi: rappresentazione non veritiera; occultamento di operazioni; ostacolo all'attività degli organi di controllo.

6.3.8 Reclami, eventi avversi, contenzioso, gestione sanzioni

Processi sensibili: gestione reclami dei pazienti; gestione eventi avversi; gestione transazioni e contenzioso; gestione di sanzioni amministrative ricevute.

Fattori abilitanti: gestione discrezionale delle transazioni; rapporti diretti con controparti.

Eventi rischiosi: transazioni a condizioni non di mercato per ottenere il silenzio o l'archiviazione; gestione opaca dei reclami.

6.3.9 Liste d'attesa per prestazioni a carico SSR e in regime privatistico

Processi sensibili: prenotazione delle prestazioni; gestione delle agende di branca; assegnazione di priorità clinica; gestione delle urgenze; gestione delle deroghe ai criteri ordinari; gestione delle prestazioni domiciliari programmate.

Fattori abilitanti: discrezionalità organizzativa nell'assegnazione delle priorità; contatti diretti del personale con pazienti e familiari; pressione esterna di prescrittori e di soggetti istituzionali; valore economico delle prestazioni accreditate.

Eventi rischiosi: alterazione dell'ordine cronologico di accesso per favoritismi personali, familiari o di amicizia; accettazione di richieste informali di anticipazione di prestazione non sostenute da motivazione clinica; assegnazione di priorità senza valutazione clinica documentata; cessione di posizioni in lista; opacità nei criteri di gestione delle deroghe.

Responsabile attuazione: Direttore Sanitario; le misure di dettaglio sono al § 7.5.

6.3.10 Rapporti con pazienti, familiari, caregiver, tutori e amministratori di sostegno

Processi sensibili: accoglienza e relazione con pazienti e accompagnatori; gestione delle informazioni cliniche e amministrative; gestione delle richieste di accesso a prestazioni; gestione di doni, omaggi, attestazioni di gratitudine.

Fattori abilitanti: rapporto fiduciario asimmetrico tra struttura sanitaria e paziente; vulnerabilità del paziente; rilevanza dell'esito clinico per il paziente e per la famiglia; cultura locale del dono in contesto sanitario.

Eventi rischiosi: richiesta o offerta di denaro, regali, ospitalità, viaggi o altre utilità a fronte di trattamenti privilegiati, accessi preferenziali, deroghe ai criteri di lista, condizioni economiche non giustificate; assunzione di familiari o conoscenti di pazienti come contropartita; intermediazione di soggetti terzi per accesso a prestazioni.

Responsabile attuazione: Legale Rappresentante / Direttore Sanitario / RPC; le misure di dettaglio sono al § 7.6.

6.3.11 Copertura, omissioni o alterazione di non conformità interne

Processi sensibili: gestione delle non conformità cliniche e amministrative; gestione degli audit interni di qualità; gestione delle anomalie di rendicontazione; gestione dei reclami pervenuti; sistema disciplinare.

Fattori abilitanti: rapporti gerarchici interni; pressione su risultati di accreditamento e su tetti di spesa; coesione di gruppo nelle équipe cliniche; assenza di anonimato strutturale nei processi di audit interno.

Eventi rischiosi: mancata segnalazione di errori di refertazione; mancata registrazione di reclami pervenuti; occultamento di eventi avversi clinici; alterazione di audit di qualità; mancata comunicazione di anomalie di rendicontazione al SSR; accordi interni per evitare sanzioni disciplinari o contestazioni amministrative.

Responsabile attuazione: Direttore Sanitario / Responsabile Qualità ove nominato / RPC. Flusso informativo verso l'OdV per i profili di competenza 231. Le misure di dettaglio sono al § 7.7.

6.3.12 Dati personali e sanitari di pazienti — utilizzi non autorizzati

Processi sensibili: gestione delle cartelle cliniche elettroniche; trattamento di dati di categorie particolari ex art. 9 GDPR; gestione degli accessi al sistema gestionale; trasmissione di referti e di documentazione clinica; conservazione e archiviazione.

Fattori abilitanti: valore economico delle anagrafiche di pazienti per soggetti commerciali esterni (farmaceutico, dispositivi, prestazioni sanitarie private); estensione degli accessi profilati al sistema; pressione di prescrittori esterni per la condivisione di dati.

Eventi rischiosi: vendita o cessione di liste di pazienti; trasmissione di dati a prescrittori o soggetti commerciali esterni in cambio di utilità; accesso ai referti per curiosità personale; uso dei dati per marketing non autorizzato; esportazione massiva non autorizzata; invio di dati tramite canali personali non protetti.

Responsabile attuazione: DPO/RPD ove nominato / Direttore Sanitario / RPC; le misure di dettaglio sono al § 7.8 e operano in coordinamento con la Parte Speciale E e il PT.5 del MOG 231 Rev. 01.

6.3.13 Tutela di minori e soggetti fragili in carico al servizio

Processi sensibili: il modulo non è attivato nella presente revisione, poiché la struttura non effettua presa in carico continuativa di minori, soggetti fragili o soggetti con disabilità nell'ambito di percorsi dedicati. Restano i presidi ordinari su consenso, riservatezza, dignità della persona e protezione dei dati sanitari.

Rischi residui ordinari: trattamento non corretto di dati sanitari, immagini diagnostiche o documentazione clinica; carente acquisizione del consenso o dell'accompagnamento del minore; comunicazioni improprie o non autorizzate verso terzi.

Responsabile attuazione: Direttore Sanitario / RPC / OdV per i rispettivi profili. Le misure sono gestite attraverso i presidi generali privacy, consenso, Codice Etico e MOG Parte Speciale E; non è attivata una parte speciale autonoma per presa in carico continuativa.

6.3.14 Attività domiciliare (sole strutture che la erogano)

Processi sensibili: non applicabili nella presente revisione, in quanto la struttura non eroga assistenza domiciliare integrata, dialisi domiciliare o peritoneale domiciliare, né altre forme di presa in carico al domicilio del paziente.

L'eventuale futura attivazione di prestazioni domiciliari comporterà aggiornamento del PTPC, della matrice di attivazione del MOG e delle relative procedure di tracciabilità, sicurezza dell'operatore e tutela dei dati.

Responsabile attuazione: Legali Rappresentanti / Direttore Sanitario / RPC, in caso di futura attivazione.

6.3.15 Riassunto sinottico delle aree e dei responsabili attuativi

La tabella che segue rappresenta in forma sinottica le quattordici aree a rischio individuate e i responsabili dell'attuazione delle misure preventive. Il dettaglio delle singole aree è riportato ai paragrafi precedenti.

Area di rischio	Responsabile attuazione
6.3.1 Rapporti con il SSR e con la PA sanitaria	Direttore Sanitario / Legale Rappresentante
6.3.2 Rendicontazione prestazioni e fatturazione SSR	Responsabile Amministrativo / Direttore Sanitario
6.3.3 Rapporti con prescrittori e MMG	Direttore Sanitario / Responsabile Amministrativo
6.3.4 Acquisti, fornitori, manutenzioni	Responsabile Amministrativo
6.3.5 Personale, inconfiribilità, pantouflage, libero-professionali	Responsabile Amministrativo / RPC
6.3.6 Transazioni finanziarie, ticket, contanti	Responsabile Amministrativo
6.3.7 Contabilità, bilancio, organi di controllo	Responsabile Amministrativo / Organo di controllo
6.3.8 Reclami, eventi avversi, contenzioso, sanzioni	Direzione Sanitaria / Legale Rappresentante
6.3.9 Liste d'attesa	Direttore Sanitario
6.3.10 Rapporti con pazienti, familiari, caregiver	Legale Rappresentante / Direttore Sanitario / RPC
6.3.11 Copertura, omissione o alterazione di non conformità	Direttore Sanitario / Responsabile Qualità ove nominato / RPC
6.3.12 Dati sanitari di pazienti — utilizzi non autorizzati	DPO/RPD ove nominato / Direttore Sanitario / RPC
6.3.13 Tutela di minori e soggetti fragili	Non attivata come presa in carico continuativa; Direttore Sanitario / RPC / OdV per i presidi ordinari privacy, consenso e riservatezza.
6.3.14 Attività domiciliare	Non attivata nella presente revisione; eventuale futura attivazione richiede aggiornamento MOG/PTPC.

La mappatura sopra esposta è soggetta a verifica annuale da parte del RPC, che ne propone all'organo amministrativo le eventuali implementazioni necessarie.

7. Misure per la gestione dei rischi

7.1 Principi generali

Le misure essenziali per la prevenzione del rischio corruttivo sono contenute nella normativa interna dell'ente, e in particolare nei seguenti atti che ciascun destinatario è tenuto a conoscere, applicare e rispettare: il Codice Etico (Allegato 1 del MOG); il MOG 231; il presente Piano. Considerata la natura privatistica dell'ente, le funzioni che la L. 190/2012 attribuisce nel settore pubblico al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013) sono qui svolte dal Codice Etico, integrato dalle specifiche disposizioni del presente Piano.

7.2 Procedure specifiche di prevenzione

Il sistema di controllo interno dell'ente, articolato attraverso il MOG, prevede già procedure idonee a contrastare o prevenire eventuali fenomeni corruttivi: Codice Etico; organigramma e mansionario; sistema di deleghe; ruoli e responsabilità formalmente definiti; software gestionale per la pianificazione, la gestione e il controllo delle attività relative ai pazienti; procedure operative documentate per le aree a rischio.

Oltre a quanto già esistente, il presente Piano formalizza e incrementa, nelle singole aree di rischio individuate al § 6, le procedure e le prassi organizzative e gestionali specificamente dedicate alla prevenzione corruttiva, in coordinamento con l'aggiornamento del MOG.

7.3 Quadro sinottico delle misure specifiche per area

Area	Misure specifiche
6.3.1 SSR / PA sanitaria	Tracciabilità integrale della documentazione presentata in sede di autorizzazione, accreditamento, rinnovi, estensioni; identificazione formale del soggetto autorizzato a interloquire con il valutatore; divieto di omaggi e ospitalità a valutatori e ispettori; conservazione decennale della documentazione; informativa preventiva al RPC in occasione di rinnovi ed estensioni di accreditamento
6.3.2 Rendicontazione SSR e liste d'attesa	Protocollo Trasversale PT.1 del MOG (controlli a tre livelli: continuo automatico, mensile a campione, annuale di sistema); riconciliazione tra prestazioni rendicontate e prestazioni documentate in cartella clinica; conservazione delle evidenze per dieci anni; flusso semestrale al RPC e all'OdV; procedura di gestione delle liste d'attesa con criteri oggettivi e tracciabili; pubblicazione dei criteri nella sezione Trasparenza
6.3.3 Prescrittori e MMG	Protocollo Trasversale PT.2 del MOG; contratti scritti con compensi congrui e proporzionati; divieto di utilità correlate all'invio di pazienti (comparaggio); registro eventi formativi e sponsorizzazioni; dichiarazione annuale di insussistenza di conflitto di interessi e di rispetto della disciplina sull'attività extra-istituzionale per i medici SSN
6.3.4 Acquisti e fornitori	Qualificazione fornitori; clausole 231/anticorruzione; verifica documentale; comparazione ove possibile; presidi specifici su fornitori di dispositivi e materiali di dialisi, manutentori delle apparecchiature e dell'impianto di trattamento dell'acqua, smaltitori, consulenti.
6.3.5 Personale e inconferibilità	Dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013 (per analogia); verifica pantouflage triennio precedente; gestione formalizzata dei conflitti di interesse; obbligo di astensione dai procedimenti in conflitto

6.3.6 Transazioni e contanti	Pagamenti tracciabili sopra soglia di legge; report mensile dei pagamenti in contanti e delle eccedenze rispetto alle soglie; doppia firma per pagamenti rilevanti; quadratura mensile delle casse
6.3.7 Contabilità e bilancio	Sistema di controllo interno amministrativo-contabile; trasmissione preventiva al RPC della bozza di bilancio e della relazione dell'organo di controllo; segnalazione tempestiva delle verifiche dell'Agenzia delle Entrate e della GdF
6.3.8 Reclami e contenzioso	Registro reclami tracciato; transazioni superiori a soglia preventivamente autorizzate dall'organo amministrativo, con relazione al RPC; gestione conforme degli eventi avversi
6.3.9 Liste d'attesa	Cfr. § 7.5 — Protocollo liste d'attesa: criteri oggettivi e tracciabili nel sistema gestionale; registro delle deroghe motivate e validate dal Direttore Sanitario; verifiche campionarie semestrali; gestione tracciata dei reclami; flusso al RPC su anomalie
6.3.10 Pazienti, familiari, caregiver	Cfr. § 7.6 — Tracciabilità prenotazioni; criteri oggettivi liste d'attesa; registro deroghe; divieto di accettare, sollecitare o ricevere denaro, regali, utilità da pazienti, familiari, caregiver. Eventuali omaggi di modico valore, privi di collegamento con richieste di favore, anticipazioni, deroghe, trattamenti preferenziali o condizioni economiche non giustificate, sono gestiti secondo le regole del Codice Etico e, ove previsto, annotati in apposito registro. Flusso RPC/OdV su deroghe e reclami
6.3.11 Copertura non conformità	Cfr. § 7.7 — Registro non conformità con tracciamento; registro reclami; audit interni periodici; flussi RPC/OdV; protezione del segnalante; sanzioni disciplinari per occultamento o alterazione ai sensi dell'Allegato 3 del MOG
6.3.12 Dati sanitari	Cfr. § 7.8 — Accessi profilati al sistema gestionale al minimo privilegio; log integrale degli accessi; analisi periodica anomalie; formazione privacy obbligatoria; divieto tecnico di esportazione non autorizzata; flusso al RPC e al DPO in caso di data breach o accessi impropri; coordinamento con PT.5 e Parte Speciale E del MOG 231 Rev. 01
6.3.13 Tutela minori e fragili	Modulo non attivato per presa in carico continuativa; restano presidi ordinari su consenso, accompagnamento, privacy, dati sanitari, immagini e comunicazione. Flusso RPC/OdV su reclami, data breach o diffusione non autorizzata.
6.3.14 Attività domiciliare	Non applicabile nella presente revisione; eventuale futura attivazione di attività domiciliare comporta aggiornamento MOG/PTPC e procedure dedicate.

7.4 Strumenti di controllo e prevenzione trasversali

L'ente, in ottemperanza alla normativa vigente e al fine di prevenire conflitti di interesse e di assicurare l'idoneità professionale del personale sanitario, adotta i seguenti strumenti trasversali.

In primo luogo, vengono effettuati controlli annuali di veridicità delle attestazioni e di mantenimento della validità dei titoli professionali, anche tramite consultazione degli albi di appartenenza. La verifica è in capo al Responsabile Amministrativo, in raccordo con il Direttore Sanitario.

In secondo luogo, è data informativa scritta a tutto il personale, e in particolare al personale operante nelle aree a rischio individuate al § 6, sui rischi corruttivi specifici. Dal personale è acquisita dichiarazione di insussistenza di interessi diretti o mediati nelle procedure cui è preposto. L'acquisizione della dichiarazione è ripetuta annualmente.

In terzo luogo, è data informativa scritta sui principi di legalità, trasparenza e correttezza e sull'obbligo di comunicare con atto scritto alla Direzione Sanitaria e al Legale Rappresentante

eventuali modifiche della situazione di insussistenza attestata al momento dell'inizio del rapporto, ivi compresi titoli posseduti sopravvenuti, interessi sopravvenuti, procedimenti penali in corso o sentenze di condanna sopravvenute. In caso di comunicazione, il Legale Rappresentante avrà due settimane per assumere i provvedimenti conseguenti, dandone informazione all'ASP committente ove ricorrano i presupposti.

7.5 Protocollo liste d'attesa

La gestione delle liste d'attesa costituisce, nel comparto delle strutture sanitarie accreditate, area di rischio corruttivo specifico, suscettibile di essere strumentalizzata per favoritismi personali, vantaggi economici, pressioni esterne o segnalazioni informali. Il presente Piano stabilisce che la gestione delle liste avvenga secondo criteri oggettivi, documentati, verificabili e non discriminatori. Le agende sono tracciate nel sistema gestionale dell'ente con tempi di prenotazione, identificativo del prenotante (operatore di front-office) e progressivo della richiesta. Eventuali urgenze, priorità cliniche o deroghe sono motivate, tracciate nel sistema gestionale, validate dal Direttore Sanitario o dal responsabile sanitario competente, oggetto di verifica campionaria periodica.

È vietato alterare l'ordine di accesso alle prestazioni per favoritismi personali, rapporti familiari o di amicizia, vantaggi economici, pressioni esterne o segnalazioni informali di terzi. È vietato accettare richieste di anticipazione di prestazione che non siano sostenute da motivazione clinica documentata. Le anomalie rilevate sono segnalate al RPC e, ove rilevanti ai fini 231, all'OdV.

Sono adottati: registro delle deroghe; verifiche campionarie sulle agende con cadenza almeno semestrale; gestione tracciata dei reclami in materia di liste; revisione periodica dei criteri di priorità clinica. La tabella che segue riporta gli indicatori operativi specifici del presente Protocollo; ulteriori indicatori di sistema sono al § 15.5.

Indicatore	Target	Responsabile	Periodicità
Deroghe motivate sul totale delle deroghe registrate	100%	Direttore Sanitario	Semestrale
Reclami su liste d'attesa presi in carico	100%	Direttore Sanitario / Front office	Semestrale
Verifiche campionarie sulle agende	Almeno 1 ogni semestre	Direttore Sanitario / RPC	Semestrale
Anomalie rilevanti trasmesse a RPC/OdV	100%	Direttore Sanitario	Entro 5 giorni

7.6 Pazienti, familiari, caregiver: trattamenti privilegiati

La struttura individua quale area a rischio corruttivo la gestione dei rapporti con pazienti, familiari, caregiver, tutori e amministratori di sostegno. Il rischio specifico riguarda la possibile richiesta o offerta di denaro, regali o altre utilità finalizzate a ottenere trattamenti privilegiati, accessi preferenziali, anticipazioni di prestazioni, deroghe ai criteri di lista d'attesa, condizioni economiche non giustificate, dispense da adempimenti amministrativi.

Sono adottate le seguenti misure: tracciabilità delle prenotazioni nel sistema gestionale; criteri oggettivi e documentati per la gestione delle liste d'attesa di cui al § 7.5; registro delle deroghe ai criteri ordinari, con motivazione e validazione del Direttore Sanitario; divieto, per il personale e i collaboratori, di accettare denaro, regali, ospitalità, viaggi o altre utilità da pazienti, familiari o caregiver, salvo regali di modico valore di cortesia istituzionale documentati; flusso al RPC e all'OdV su deroghe motivate, reclami in materia di accesso alle prestazioni, segnalazioni di anomalie.

È vietato accettare, sollecitare o ricevere denaro, regali, utilità, favori o altri vantaggi da pazienti, familiari, caregiver, tutori o amministratori di sostegno al fine di anticipare prestazioni, modificare l'ordine di accesso, ottenere trattamenti preferenziali, derogare ai criteri di lista d'attesa, applicare condizioni economiche non giustificate o incidere sulle modalità di presa in carico.

Costituiscono evidenza dell'attuazione del presente paragrafo: registro deroghe; sintesi annuale dei reclami in materia di accesso; relazione annuale del RPC.

7.7 Copertura, omissione o alterazione di non conformità

La struttura considera area a rischio corruttivo la possibile copertura, omissione o alterazione di non conformità sanitarie, amministrative, contabili, informatiche o organizzative da parte di dipendenti, collaboratori o responsabili di funzione. Sono ricomprese in tale area le condotte di occultamento di errori sanitari o amministrativi rilevanti, alterazione di documenti, accordi interni per evitare sanzioni o contestazioni.

Costituiscono eventi rischiosi specifici: la mancata segnalazione di errori di refertazione; la mancata registrazione di reclami pervenuti; l'occultamento di eventi avversi clinici; l'alterazione di audit qualità interni; la mancata comunicazione di anomalie di rendicontazione al SSR; gli accordi interni tra colleghi o tra livelli gerarchici per evitare sanzioni disciplinari o contestazioni amministrative.

Sono adottate le seguenti misure: registro delle non conformità con tracciamento dell'apertura, della gestione e della chiusura; registro dei reclami con tracciamento; audit interni periodici sulle aree sensibili a cadenza almeno annuale; flussi verso il RPC e l'OdV su non conformità rilevanti; protezione del segnalante secondo la disciplina whistleblowing del § 14; sanzioni disciplinari per condotte di occultamento o alterazione, secondo l'Allegato 3 del MOG.

L'occultamento, l'alterazione, l'omissione o il ritardo nella segnalazione di non conformità sanitarie, amministrative, contabili, informatiche, ambientali o organizzative costituisce violazione del presente Piano, del MOG 231 e del Codice Etico, ed è sanzionabile secondo il Sistema Disciplinare allegato al MOG.

7.8 Dati sanitari e vantaggi indebiti

La struttura individua quale area a rischio corruttivo la possibile comunicazione, cessione, estrazione o utilizzo non autorizzato di dati personali e sanitari di pazienti per finalità estranee alla cura, alla gestione amministrativa ordinaria o agli obblighi di legge. Il rischio è specificamente acuito dalla natura di categoria particolare di dati ai sensi dell'art. 9 GDPR, e si coordina con la Parte Speciale E del MOG 231 Rev. 01 e con il Protocollo Trasversale PT.5 del MOG.

Sono vietate, in particolare: la vendita o cessione, anche occasionale, di liste di pazienti, contatti, anagrafiche, dati di prestazione; la trasmissione di dati di pazienti a prescrittori esterni, a soggetti commerciali, a fornitori di prodotti sanitari, salvo le ipotesi di legge; l'accesso ai referti per curiosità personale o per finalità diverse dalla cura del paziente assegnato; l'uso dei dati sanitari per finalità di marketing non autorizzato, anche se interno; l'esportazione di dati dal sistema gestionale verso supporti esterni non autorizzati; l'invio di dati sanitari tramite canali non protetti o personali (e-mail private, messaggistica personale).

Sono adottate le seguenti misure: accessi profilati al sistema gestionale secondo il principio del minimo privilegio; log integrale degli accessi ai dati sensibili e analisi periodica per la rilevazione di accessi anomali; formazione privacy obbligatoria specifica; divieto tecnico di esportazione massiva non autorizzata; flusso al RPC e al DPO/RPD in caso di data breach o di accessi impropri rilevati; coordinamento con il PT.5 del MOG per i presidi di sicurezza informatica.

È vietato utilizzare dati identificativi, sanitari, amministrativi o di contatto dei pazienti per finalità promozionali, commerciali, statistiche non autorizzate, profilazione, contatto diretto, invio di comunicazioni o segnalazioni a terzi, salvo specifica base giuridica, informativa idonea, autorizzazione formale dell'ente e tracciabilità dell'operazione.

7.9 Protocollo minori e soggetti fragili

La struttura non effettua presa in carico continuativa di minori o soggetti fragili/disabili. Non sono pertanto attivati i protocolli specifici di cui alle condizioni B.2 e B.3 del MOG. Restano applicabili i presidi ordinari in materia di consenso, accompagnamento del minore, riservatezza, dati sanitari, immagini diagnostiche, dignità della persona e divieto di utilizzo improprio di immagini, video, nominativi o casi clinici.

In caso di futura attivazione di percorsi continuativi dedicati a minori o soggetti fragili/disabili, il presente paragrafo dovrà essere aggiornato e coordinato con la corrispondente Parte Speciale del MOG.

7.10 Attività domiciliare

La struttura non eroga attività domiciliare nella presente revisione. Eventuali richieste eccezionali o future attivazioni di prestazioni al domicilio del paziente richiedono preventiva valutazione organizzativa, autorizzativa, assicurativa, privacy, sicurezza sul lavoro e aggiornamento del MOG/PTPC.

8. Trasparenza

8.1 Quadro normativo della trasparenza

La L. 190/2012 ha delegato il Governo all'emanazione di un decreto legislativo di riordino della disciplina degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni. La delega è stata esercitata con il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, che ha sistematizzato e ampliato la disciplina precedente. La Determinazione ANAC n. 1134/2017 ha specificato l'applicazione del D.Lgs. 33/2013 ai soggetti privati di pubblico interesse, declinandone gli obblighi nei limiti della compatibilità. Per l'ente, qualificato come soggetto privato di pubblico interesse, gli obblighi di trasparenza si applicano nei limiti di compatibilità con la natura privata, la dimensione organizzativa e il perimetro effettivo del rapporto con la PA sanitaria. Restano fermi gli adempimenti di pubblicazione previsti dalle normative vigenti: comunicazione al RPC delle informazioni di propria competenza utili al corretto adempimento, controllo periodico della correttezza dei dati pubblicati, segnalazione di inesattezze o carenze.

8.1.1 Prospetto degli obblighi di pubblicazione applicabili all'ente

In funzione della qualificazione dell'ente di cui al § 0.1 del presente Piano, il prospetto declina, per ciascuna voce di pubblicazione, l'applicabilità o la non applicabilità con criterio di riferimento, il soggetto responsabile interno e la frequenza minima di aggiornamento. Il prospetto è strumento operativo: l'indicazione del campo «Applicabilità» è onere dell'ente e non costituisce di per sé scelta normativa.

Voce	Responsabile	Frequenza
PTPC	RPC	Annuale (31 gennaio)
Codice Etico	RPC / OdV	A evento
Carta dei servizi	Direttore Sanitario	Annuale
Tempi di attesa	Direttore Sanitario	Annuale
Contributi pubblici ricevuti	Amministrazione	A evento
Canale whistleblowing	RPC / Gestore	A evento

8.2 Trasparenza e protezione dei dati

La trasparenza è bilanciata con i principi di protezione dei dati personali sanciti dal Reg. UE 2016/679, con particolare riferimento al principio di minimizzazione del trattamento ex art. 5. In presenza di obblighi di pubblicazione di atti o documenti, il RPC, in raccordo con il DPO ove nominato, seleziona i dati personali da inserire negli atti, verificando caso per caso se ricorrano i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni. Nei documenti pubblicati sono inclusi i soli dati personali necessari e proporzionati rispetto alla finalità di trasparenza perseguita. I dati personali eccedenti o non pertinenti, e in particolare le categorie particolari ex art. 9 e i dati giudiziari, sono oggetto di oscuramento.

8.3 Accesso civico

L'ente assicura l'esercizio dell'accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, sia nella forma del «diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione», sia nella forma del «diritto di accedere a documenti detenuti dall'ente, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione».

L'accesso civico, ove applicabile in funzione della qualificazione dell'ente di cui al § 0.1 del presente Piano, riguarda esclusivamente dati, documenti e informazioni riferiti all'attività di pubblico interesse svolta dalla struttura nell'ambito del rapporto con il SSR/SSN. Non si estende all'attività privatistica della struttura, ai documenti aziendali interni di natura organizzativa, contrattuale, commerciale o finanziaria che non siano oggetto di obbligo di pubblicazione, alla documentazione clinica dei pazienti, ai dati personali non anonimizzabili.

L'accesso è in ogni caso esercitato nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia di tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003), di segreto professionale, di riservatezza dei dati sanitari e delle categorie particolari di dati ex art. 9 GDPR, di segreto commerciale e degli interessi privati giuridicamente rilevanti.

L'accesso civico è esercitato attraverso istanza scritta indirizzata al RPC, all'indirizzo di posta elettronica indicato nella sezione di trasparenza del sito istituzionale. Il RPC, sentito ove necessario il DPO/RPD e il Direttore Sanitario per i profili clinici, decide sull'istanza entro trenta giorni dalla ricezione. Il rifiuto, l'inerzia o il diniego parziale dell'accesso possono essere oggetto di riesame, su istanza dell'interessato, da parte dell'organo amministrativo. È in ogni caso fatto salvo il diritto di accesso documentale ex L. 241/1990 per chi vi abbia interesse diretto, concreto e attuale, esercitato con le forme e nei limiti propri di quella disciplina.

L'accesso civico non può comportare l'ostensione generalizzata di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, referti, dati personali non anonimizzabili, informazioni coperte da segreto professionale, dati relativi a minori o soggetti fragili, documentazione commerciale riservata o atti interni non riconducibili all'attività di pubblico interesse svolta nell'ambito del rapporto con il SSR.

8.8 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, disciplina, per le pubbliche amministrazioni e per gli enti privati in controllo pubblico, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali e di amministratore. L'applicazione della disciplina al presente ente è graduata in funzione della qualificazione di cui al § 0.1 del presente Piano.

Per gli enti privati accreditati che non rientrino nella categoria degli enti privati in controllo pubblico ai sensi della Determinazione ANAC n. 1134/2017, le dichiarazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi sono adottate quale misura organizzativa interna di prevenzione, nei limiti della compatibilità con la natura privatistica del rapporto e con il rapporto di accreditamento o convenzionamento, salvo diversa previsione di natura regionale, contrattuale, o derivante da specifiche prescrizioni dell'ASP competente. Per gli enti privati in

controllo pubblico, in coerenza con la Determinazione ANAC 1134/2017, le disposizioni del D.Lgs. 39/2013 trovano applicazione diretta nei limiti delineati dall'Autorità.

L'ente verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013, applicato in via diretta o analogica secondo quanto sopra, da rendere nei termini e alle condizioni di cui al DPR 445/2000. L'ente ha definito disposizioni interne affinché i soggetti interessati rendano: a) all'atto del conferimento dell'incarico, la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità; b) annualmente, in costanza di incarico, la dichiarazione di insussistenza sopravvenuta delle cause di incompatibilità.

8.8.1 Inconferibilità per gli amministratori

Per gli amministratori, l'inconferibilità di incarichi opera, in via diretta o per analogia secondo la qualificazione dell'ente:

- in caso di condanna, anche non definitiva, per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- a componenti di organo politico di livello nazionale, per la durata e nei limiti definiti dall'art. 7 del D.Lgs. 39/2013;
- a componenti di organo politico di livello regionale e locale, per la durata e nei limiti definiti dall'art. 7 del D.Lgs. 39/2013.

8.8.2 Inconferibilità per i dirigenti e responsabili

Per i dirigenti e i responsabili di posizione, l'inconferibilità opera a seguito di condanne, anche non definitive, per reati contro la Pubblica Amministrazione.

8.8.3 Incompatibilità

Per gli amministratori, i dirigenti e i responsabili l'incompatibilità opera, secondo la qualificazione dell'ente:

- tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA, nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali rese in favore della medesima PA;
- tra incarichi amministrativi di vertice e di amministratore di ente pubblico e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali;
- per gli enti in controllo pubblico, tra incarichi di amministratore e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali.

9. Attività precedente al rapporto di lavoro (pantouflage)

In coerenza con il principio di cui all'art. 53, c. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, applicato per analogia, nei limiti della compatibilità, ai soggetti privati di pubblico interesse, l'ente adotta le misure necessarie ad evitare l'assunzione di dipendenti o il conferimento di incarichi di consulenza o di lavoro a soggetti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato per conto di pubbliche amministrazioni poteri autorizzativi o negoziali nei confronti dell'ente stesso. Sono in particolare ricomprese le funzioni di verifica dell'accreditamento, di controllo sulle prestazioni rendicontate, di ispezione svolte dall'ASP territorialmente competente o da altre autorità.

A tal fine, sono assunte le seguenti iniziative:

- a) nelle varie forme di selezione e assunzione del personale e nei processi di conferimento di incarichi è inserita espressamente la condizione ostativa sopra menzionata, come clausola dell'avviso di selezione o del contratto;
- b) i soggetti interessati al conferimento o all'assunzione rendono idonea dichiarazione di insussistenza della suddetta condizione ostativa, anche tramite dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex DPR 445/2000;
- c) è svolta, secondo criteri definiti dal RPC, una specifica attività di vigilanza, mediante controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese in fase di assunzione o di conferimento.

10. Obbligo di astensione e conflitto di interesse

Il Codice Etico dell'ente, parte integrante del MOG, disciplina i principi etici inclusi quelli in materia di conflitto di interesse, prevedendo che eventuali situazioni di conflitto, anche solo potenziale, debbano essere tempestivamente e dettagliatamente comunicate dal soggetto interessato al proprio superiore gerarchico e, ove rilevanti, al RPC e all'OdV.

Il presente Piano richiama, ai fini operativi, la tripartizione del conflitto di interesse comunemente accolta:

a) conflitto di interesse attuale (o reale): si manifesta durante il processo decisionale, laddove l'interesse secondario, finanziario o non finanziario, di un soggetto decisore tende ad interferire con l'interesse primario dell'ente;

b) conflitto di interesse potenziale: si configura quando il soggetto decisore, anche a causa del verificarsi di un certo evento, ad esempio l'aver accettato un regalo o altra utilità, può trovarsi in un momento successivo in una situazione di conflitto reale;

c) conflitto di interesse apparente (o percepito): si verifica quando una persona ragionevole potrebbe pensare che l'interesse primario del soggetto decisore possa essere compromesso da interessi secondari di varia natura (sociali, finanziari, relazionali). Tale situazione può danneggiare la fiducia nel soggetto decisore e nell'ente, anche quando il soggetto non sia in concreto portatore di un interesse secondario. Il rischio reputazionale connesso alla situazione di conflitto apparente non gestito è elemento di rilievo della valutazione.

Il soggetto che si trovi in una delle tre situazioni descritte ha obbligo di darne immediata comunicazione e di astenersi dal procedimento. Il RPC verifica la corretta gestione delle situazioni segnalate e, in caso di violazione dell'obbligo di comunicazione o di astensione, propone l'attivazione del sistema disciplinare del MOG.

11. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio

L'ente riconosce la valenza della rotazione del personale quale misura di contrasto alla corruzione prevista dal PNA per le pubbliche amministrazioni. Per i soggetti privati di pubblico interesse, e in particolare per le strutture sanitarie ambulatoriali di dimensione contenuta, l'applicazione integrale della rotazione presenta ordinariamente difficoltà oggettive di natura organizzativa, connesse alla specificità professionale del personale sanitario, alla numerosità ridotta del personale operante in alcune funzioni, alla necessità di assicurare la continuità operativa e il mantenimento del know-how acquisito, condizioni che, ove disattese, comporterebbero il rischio di pregiudicare la qualità delle prestazioni e la tenuta dei processi di accreditamento.

In sede di prima pianificazione, e con riserva di aggiornamento in sede di revisione annuale del Piano, l'ente definisce i seguenti principi operativi:

- a) la rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio corruzione non può avvenire con modalità che compromettano la continuità operativa, tenendo conto del know-how acquisito e della specificità professionale;
- b) la rotazione si applica in via prioritaria, e di norma in via esclusiva, in presenza di procedimenti penali a carico del dipendente di cui si abbia notizia, ovvero in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva;
- c) in luogo della rotazione integrale, ove non praticabile, sono adottate misure compensative quali la doppia firma per atti rilevanti, l'audit periodico interno sui processi dell'area, il monitoraggio sistematico di indicatori di anomalia, l'affiancamento programmato del personale al fine di assicurare la trasmissione del know-how e la rotazione funzionale entro l'area.

In sede di prima attuazione e, in particolare, alla scadenza della prima annualità del Piano, il RPC valuta nel merito l'esigenza di pianificare rotazioni del personale compatibilmente con la struttura dell'organizzazione, con l'organigramma e con il personale concretamente a disposizione, dando conto degli esiti della valutazione nella Relazione annuale.

12. Formazione del personale

L'ente promuove adeguati percorsi di formazione in materia di anticorruzione. Il RPC promuove la conoscenza del presente Piano nei confronti di tutti i destinatari, con contenuti differenziati per ruolo. La formazione è integrata con quella prevista dal Piano Formativo del MOG (Allegato 6 del MOG), in chiave unitaria. In fase di rilevazione dei fabbisogni formativi annuali il RPC individua, in raccordo con il responsabile delle risorse umane, i destinatari del programma formativo sui temi dell'etica e della legalità. La formazione è articolata su tre livelli, in funzione del ruolo dei destinatari:

Livello	Destinatari	Durata minima	Contenuti
a) Generale	Tutti i dipendenti e collaboratori	2 ore/anno	Normativa di riferimento (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, PNA, D.Lgs. 24/2023), tematiche dell'etica e della legalità, contenuti essenziali del presente Piano e del Codice Etico, canale whistleblowing
b) Specifica	RPC, OdV, dirigenti, personale delle aree più esposte al rischio corruttivo (§ 6)	4 ore/anno	Reati contro la PA e fattispecie correlate, misure attuative per area, casistica giurisprudenziale, modulistica e flussi informativi, interazioni tra L. 190 e D.Lgs. 231/2001, norme e misure in materia di trasparenza
c) Tecnica	Personale con incarichi tecnico-operativi connessi a specifiche aree di rischio (ufficio acquisti; gestione rendicontazione SSR; gestione documentale e archivistica)	3 ore/anno	Tematiche tecniche specifiche, ad esempio: corretta applicazione del nomenclatore tariffario regionale; procedure di qualificazione fornitori; obblighi di tracciabilità e ritenzione documentale

La formazione è erogata, a scelta dell'ente, in modalità d'aula, e-learning su piattaforma dedicata o modalità mista. La partecipazione è obbligatoria e tracciata. Le attività formative sono erogate da personale qualificato, da organizzarsi periodicamente in corsi d'aula o con altre soluzioni che garantiscano il riscontro dell'avvenuta formazione. L'attività formativa è svolta di intesa con l'OdV per le interazioni con il MOG. Il RPC è tenuto a costante aggiornamento formativo, anche tramite la partecipazione a iniziative formative esterne qualificate.

Oggetto specifico della formazione sono, a titolo esemplificativo: la struttura e le finalità del presente Piano; il Codice Etico; i reati contro la Pubblica Amministrazione e le fattispecie correlate; le disposizioni, le misure attuate e le procedure esistenti per la prevenzione della corruzione; le interazioni tra la disciplina della prevenzione della corruzione e quella della responsabilità degli enti ex D.Lgs. 231/2001; le modalità e i doveri di segnalazione degli illeciti e la disciplina di tutela del segnalante.

13. Codice Etico e sistema disciplinare

L'ente ha adottato un Codice Etico, parte integrante del MOG, in cui sono esplicitati i valori cui deve essere improntata la condotta di tutti coloro che, ai vari livelli di responsabilità, concorrono allo svolgimento dell'attività dell'ente, compresi i consulenti e i collaboratori esterni. I valori esplicitati nel Codice Etico evidenziano il rifiuto di ogni condotta che, anche se finalizzata al raggiungimento di un risultato coerente con l'interesse dell'ente, presenti aspetti non compatibili con il rispetto delle norme di legge e delle regole comportamentali e procedurali interne. Il Codice Etico è elemento essenziale per l'effettività del presente Piano.

Per il sistema disciplinare relativo alle violazioni del presente Piano si rinvia integralmente al Sistema Disciplinare adottato nell'ambito del MOG (Allegato 3 del MOG). Il presente Piano non istituisce un sistema disciplinare autonomo, perseguendo l'unitarietà della reazione disciplinare per condotte che integrano violazioni del MOG e violazioni del Piano.

14. Whistleblowing e segnalazioni

Tutti i destinatari del presente Piano che, in ragione del proprio rapporto di lavoro o professionale con l'ente, siano venuti a conoscenza di condotte illecite o di violazioni del Piano, del Codice Etico o del MOG, sono tenuti a segnalare attraverso il canale interno whistleblowing. La disciplina del canale interno è quella unitaria del MOG, descritta al § 7 della Parte Generale del MOG 231 Rev. 01 e dettagliata nell'Allegato 4 del MOG, in attuazione del D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, e delle Linee Guida ANAC n. 1/2025 (Delibera n. 478 del 26 novembre 2025).

15. Attività del RPC, flussi informativi e aggiornamento

15.1 Relazione annuale del RPC

Il RPC predispose, entro il 15 dicembre di ciascun anno, la Relazione Annuale riferita all'anno solare in corso, secondo lo schema indicato dall'ANAC per le pubbliche amministrazioni e adattato alla natura privatistica dell'ente. La Relazione contiene:

- a) le segnalazioni pervenute e le anomalie rilevate nel funzionamento del Piano, le problematiche inerenti alle modalità di attuazione delle procedure di controllo, i provvedimenti disciplinari avviati e le sanzioni applicate nell'ambito delle aree a rischio;
- b) gli interventi correttivi e migliorativi pianificati e il loro stato di realizzazione;
- c) un'informativa sulle eventuali indagini condotte dagli organi inquirenti e sui procedimenti penali aperti nei confronti dell'ente o di suoi dipendenti e dirigenti.

La Relazione è trasmessa all'organo amministrativo, all'OdV e, per conoscenza, alla ASP territorialmente competente.

15.2 Verbalizzazione e archiviazione

Il RPC si dota di un sistema per la verbalizzazione dell'attività svolta e per la sua conseguente archiviazione, dato che la tracciabilità dei controlli rappresenta elemento cruciale ai fini dell'evidenza di avere efficacemente attuato il Piano e di avere vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso. Il sistema di archiviazione è soggetto alle ordinarie misure di sicurezza informatica e di tutela della riservatezza.

15.3 Poteri di iniziativa e controllo

Al RPC, per quanto di sua competenza, si estendono per analogia, in quanto compatibili, gli stessi poteri di iniziativa e controllo previsti nel MOG per l'OdV: accesso a documenti, dati e informazioni dell'ente; audizione del personale; richiesta di chiarimenti; misure correttive.

15.4 Coordinamento con l'OdV

Il RPC e l'OdV operano in raccordo, trasmettendosi reciprocamente i verbali delle attività svolte e favorendo momenti di incontro utili allo scambio di documenti e informazioni acquisite. Il RPC può partecipare alle sedute dell'OdV per quanto di interesse comune e svolgere controlli congiunti. Sono fatte salve le rispettive ed esclusive responsabilità discendenti, per l'OdV, dal D.Lgs. 231/2001 e, per il RPC, dalla L. 190/2012. I flussi informativi obbligatori verso l'OdV (cfr. § 5.5 della Parte Generale del MOG) sono estesi, per quanto rilevante in materia anticorruzione, al RPC. Il RPC, una volta entrato a regime il sistema anticorruzione dell'ente, identifica ulteriori specifici flussi informativi adatti a monitorare in maniera efficace i fenomeni oggetto del Piano, che pervengono da tutte le aree esposte ad elevato rischio corruttivo.

La tabella che segue riporta i flussi informativi obbligatori che pervengono al RPC e, per i profili di competenza, all'OdV, articolati per oggetto, periodicità e responsabile della trasmissione.

Flusso informativo	Periodicità	Responsabile
Anomalie su liste d'attesa, deroghe, anticipazioni non motivate o accessi preferenziali	Tempestiva entro 5 giorni; riepilogo semestrale	Direttore Sanitario
Reclami rilevanti di pazienti, familiari, caregiver, tutori o amministratori di sostegno	Tempestiva entro 5 giorni; riepilogo semestrale	Direttore Sanitario / Responsabile accettazione
Non conformità occultate, alterate, non registrate o segnalate tardivamente	Tempestiva entro 5 giorni	Responsabile Qualità / Direttore Sanitario
Accessi anomali, esportazioni massive o utilizzi impropri di dati sanitari	Tempestiva; entro 72 ore se data breach	DPO-RPD ove nominato / Responsabile IT
Pubblicazioni o richieste di deroga relative a minori e soggetti fragili	Prima della pubblicazione o tempestiva in caso di anomalia	Legale Rappresentante / Direttore Sanitario
Segnalazioni whistleblowing rilevanti per PTPC o MOG 231	Tempestiva secondo procedura	Gestore del canale
Contestazioni ASP/SSR, recuperi somme, ispezioni o rilievi pubblici	Tempestiva entro 5 giorni	Legale Rappresentante / Direttore Sanitario / Responsabile Amministrativo

15.5 Indicatori di efficacia

L'efficacia del Piano è valutata attraverso il set di indicatori riportato di seguito, oggetto di rilevazione da parte del RPC e di rendicontazione nella Relazione annuale.

Indicatore	Soglia attesa	Periodicità
Personale formato sull'anticorruzione, livello generale, sul totale del personale	≥ 95%	Annuale
Personale di area di rischio formato, livello specifico, sul totale di area	100%	Annuale
Numero di segnalazioni whistleblowing pervenute	Monitoraggio (no soglia)	Semestrale
Rilievi di ASP, NAS, GdF su materie corruttive o riconducibili	0 sostanziali	Annuale
Dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità raccolte e aggiornate per soggetti apicali e dirigenziali	100%	Annuale
Controlli mensili a campione sulla rendicontazione SSR (Protocollo Trasversale PT.1 del MOG)	≥ 95%	Annuale
Aggiornamento della sezione di trasparenza del sito entro le scadenze definite	100%	Annuale
Dichiarazioni di conflitto di interessi raccolte da prescrittori e MMG con cui sussistono rapporti strutturati	100%	Annuale
Clausole anticorruzione/231 inserite nei contratti con fornitori critici	≥ 95%	Annuale
Deroghe al divieto generale di pubblicazione di immagini di minori e fragili, autorizzate e documentate (per strutture con moduli B.2/B.3 attivati)	100% documentate	Semestrale

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Triennio 2026-2028 – Allegato del MOG 231 ex D.Lgs. 231/2001

MUCARIA - S.R.L.

Presa in carico delle segnalazioni whistleblowing entro 7 giorni dalla ricezione	100%	Semestrale
Riscontro finale al segnalante whistleblowing entro 3 mesi (salvo proroga motivata)	100%	Semestrale

16. Adozione e sottoscrizione

Il presente **PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**, riferito al triennio 2026-2028, è adottato dall'organo amministrativo dell'ente, previo esame del perimetro operativo, organizzativo e regolatorio indicato al § 0.1.

Il Piano è allegato al MOG 231 Rev. 01 e ne costituisce parte integrante per i profili di prevenzione della corruzione, trasparenza, whistleblowing, flussi informativi e coordinamento RPC/OdV. L'adozione comporta altresì la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Luogo e data: Alcamo, 22/07/2026



Amministratore Unico
(Dott. Filippo Mucaria)



Responsabile della Prevenzione della Corruzione
(Sig. Vincenzo Mucaria)