



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE 2022 - 2024**



I N D I C E

1. INTRODUZIONE.....	3
2. LA LEGGE N. 190/2012.....	3
3. IL RISCHIO DI CORRUZIONE NELLO SPIRITO DELLA LEGGE	3
4. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE PER NTEGRITA' E TRASPARENZA.....	3
5. I SISTEMI DI CERTIFICAZIONE ISO E MODELLI 231/01	4
6. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELLA ISTITUTO CLINICO "PROF. DR. R. DE BLASI" S.R.L.	4
6.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	4
6.2 RAPPORTI CON IL MODELLO ORGANIZZATIVO EX D.Lgs 231/2001.....	4
7. ELABORAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO	5
7.1 IL PTCT 2022 -2024.....	6
7.2 CONTESTI.....	6
7.2.1. CONTESTO ESTERNO... ..	6
7.2.2. CONTESTO INTERNO E ORGANIZZATIVO	6
7.3 NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPC)	10
7.4 TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	10
7.5 AGGIORNAMENTO DEL PIANO	10
7.6 SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	10
7.7 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA LA GLI ILLECITI.....	11
7.7.1 PROCEDURA WHISTLEBLOWING.....	12
7.8 "INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA" (PANTOUFLAGE)	13
8. AREE MAGGIORMENTE ESPOSTE A RISCHIO DI CORRUZIONE.....	14
9. STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	14
9.1 PRINCIPI GENERALI.....	14
9.2 PROCEDURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
10. TRASPARENZA	15
10.1 IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA.....	15
10.2 RUOLI E RESPONSABILITÀ	15
10.3 TRASPARENZA E PRIVACY.....	16
11. PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2022 - 2024	16
12. ROTAZIONE DEGLI INCARICHI	17
13. STRUMENTI DI CONTROLLO DELLE MISURE DI PREVENZIONE	17
14. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	17
15. ALLEGATI	17



1. INTRODUZIONE

Con l'adozione del presente documento l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. intende ottemperare a quanto previsto dalla Legge 190/2012 "*Legge Anticorruzione*" definendo, in maniera integrata, i criteri di "*valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art.1 comma 5 della legge)*."

In tale contesto e sulla base di tali presupposti la Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ha ritenuto opportuno integrare il proprio sistema di controllo interno con il Piano di Prevenzione della Corruzione, pianificando nello specifico ulteriori misure idonee a prevenire i fenomeni di corruzione e di illegalità perpetrabili nel proprio contesto. Vengono, nel seguito, definite una serie di misure individuate alla luce delle indicazioni contenute nella normativa attualmente in vigore; tali misure potranno essere modificate e/o integrate nel corso del tempo in funzione dell'evoluzione normativa e del contesto nel quale opera la Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

Premesse tali considerazioni, il presente Piano:

- costituisce parte integrante e sostanziale del sistema di gestione dei rischi aziendali e del complessivo sistema di controllo interno integrato;
- ha valore precettivo fondamentale e dovrà essere osservato da tutti i dipendenti e collaboratori, nonché dai consulenti e fornitori critici.

Nell'espletamento dei propri compiti il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, e gli altri Organi di controllo garantiranno, pertanto, il necessario coordinamento; i compiti e le responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono riportati al par.6 del presente documento

Il presente Piano costituisce un allegato del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/01 adottato dall'Assemblea dei soci.

2. LA LEGGE N. 190/2012

Con la sua emanazione sono state approvate le "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". Su sollecitazione degli organismi internazionali di cui l'Italia fa parte, con tale provvedimento normativo è stato introdotto anche nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione, basato su due livelli (nazionale e decentrato):

- a livello nazionale si colloca il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.);
- a livello decentrato si collocano i Piani Territoriali di Prevenzione della Corruzione di ogni amministrazione pubblica, definiti sulla base delle indicazioni del PNA e dell'analisi dei rischi di corruzione specifici di ognuna.

Le strategie di prevenzione che devono ispirare i suddetti piani evidenziano l'esigenza di perseguire tre obiettivi principali:

- ridurre le opportunità che si verificano casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

3. IL RISCHIO DI CORRUZIONE NELLO SPIRITO DELLA LEGGE

Il concetto di corruzione da prendere a riferimento per la definizione dei Piani di Prevenzione della Corruzione ha un'accezione ampia, essendo comprensivo delle diverse situazioni in cui sia riscontrabile

l'abuso da parte di un soggetto del potere / funzione a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti comprendono, infatti, non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si rilevi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.



4. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA INTEGRITÀ E TRASPARENZA

Il PTPCT costituisce un elemento costitutivo del sistema di controllo interno di Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., attraverso la cui attuazione si esercita una efficace azione di contrasto ad eventuali fattispecie corruttive. Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. è impegnata, inoltre, a garantire la conformità della sezione del sito web istituzionale "Società Trasparente" agli obblighi di pubblicazioni dei dati, previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. ed assicurare la correttezza e tempestività del flusso informativo interno.

5. I SISTEMI DI CERTIFICAZIONE ISO E IL MODELLO 231/01

Oltre al Modello 231/01, le procedure adottate in attuazione dei sistemi certificati di cui Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. si è dotata rappresentano anch'esse un presidio per la prevenzione di fenomeni corruttivi e di cattiva gestione dato che la certificazione del Sistema di Gestione da parte di un ente terzo indipendente attesta che i principali processi aziendali si svolgono e sono tenuti sotto controllo da Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. in maniera conforme alle prescrizioni delle certificazioni (previa definizione e mappatura della attività, procedure e registrazioni previste dai requisiti previsti dalla norma internazionale ad adesione volontaria).

6. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELLA ISTITUTO CLINICO "PROF. DR. R. DE BLASI" S.R.L.

6.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Dal punto di vista organizzativo, la Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. si avvale per la gestione della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., di una struttura organizzativa impernata sul principio della separazione delle funzioni e costituita dai seguenti organi:

- Assemblea dei Soci
- Amministratore Unico
- Direttore Sanitario
- Responsabile Qualità
- Organismo di Vigilanza
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Non soltanto l'assetto istituzionale e di governo ma, in generale, tutto il sistema organizzativo è strutturato in modo tale da assicurare l'attuazione delle strategie e il raggiungimento degli obiettivi definiti. L'organigramma della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. descrive la sua organizzazione e costituisce uno strumento di gestione, basato sulla chiarezza della distribuzione delle responsabilità, del lavoro e della interdipendenza dei ruoli.

6.2 RAPPORTI CON IL MODELLO ORGANIZZATIVO EX D.LGS 231/2001

Ai sensi del comma 34 dell'art. 1 della Legge 190/2012 l'ambito dei destinatari degli adempimenti in tema di prevenzione della corruzione include espressamente "*gli enti pubblici nazionali, nonché le società partecipate dalle amministrazioni pubbliche e dalle loro controllate ai sensi dell'art.2359 c.c., limitatamente alla loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea*".

Inoltre, le Linee guida ANAC hanno precisato che - seguendo lo "spirito della normativa che è quello di prevenire l'insorgere di fenomeni corruttivi nei settori più esposti ai rischi dove sono coinvolte pubbliche amministrazioni, risorse pubbliche o la cura di interessi pubblici" - *le società e gli enti controllati dalla pubblica amministrazione devono necessariamente rafforzare i presidi anticorruzione già adottati ai sensi del D.Lgs. 231/2001, ovvero introdurre apposite misure anticorruzione ai sensi della Legge 190/2012, ove assente il modello di organizzazione, gestione e controllo.*

Per quanto riguarda le società e gli enti controllati, il riferimento è a quegli enti di diritto privato che utilizzano risorse pubbliche e curano interessi pubblici.

Avendo l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., adottato il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo che comprende anche una prevenzione specifica dei reati di corruzione previsti dal D.lgs. 231/2001, il presente Piano integra la disciplina di cui al suddetto Modello. Le citate Linee Guida ANAC, a tale proposito, stabiliscono che "*in una logica di coordinamento delle misure di semplificazione degli adempimenti, le società integrano il modello di organizzazione e gestione ex D.Lgs.*

n. 231 del 2001 con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità all'interno delle società in coerenza con le finalità della Legge n. 190 del 2012".



Il combinato disposto tra il Modello 231 e il Piano di Prevenzione della Corruzione richiede la realizzazione delle seguenti attività:

- a. individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione valutate in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni dell'Ente;
- b. previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;
- c. individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- d. previsione dell'adozione di un Codice di comportamento (che negli enti diversi dalle pubbliche amministrazioni può coincidere con il Codice Etico) per i dipendenti ed i collaboratori, che includa la regolazione dei casi di conflitto di interesse per l'ambito delle funzioni ed attività amministrative;
- e. regolazione di procedure per l'aggiornamento del Modello 231 e del Piano di Prevenzione della Corruzione;
- f. previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello 231;
- g. regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del Modello 231 e del Piano di Prevenzione della Corruzione;
- h. programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;
- i. introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello 231 e nel Piano di Prevenzione della Corruzione.

Tali direttive sono state recepite dall'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. nella redazione del presente documento, configurando il presente piano come parte integrante del Modello 231.

L'attività di prevenzione della corruzione si articola, dunque, nel seguente modo:

- ✓ Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- ✓ Individuazione e valutazione delle aree di rischio corruzione e delle aree strumentali che possano facilitare il manifestarsi di attività illecite;
- ✓ Predisposizione di specifiche procedure per implementare le azioni di prevenzione e controllo e per ridurre al minimo i fattori di rischio;
- ✓ Pianificazione delle attività di monitoraggio;
- ✓ Definizione dei flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza (di seguito anche "OdV") e verso il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e dei rapporti tra questi due soggetti e relativa previsione di tutela del c.d "whistleblower";
- ✓ Predisposizione, pianificazione ed erogazione delle attività di formazione in tale materia.

7. ELABORAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO

L'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. coerentemente con l'esigenza di assicurare le migliori condizioni di correttezza e trasparenza nella conduzione delle attività aziendali, a tutela della propria posizione ed immagine, delle aspettative dei Soci e del lavoro dei dipendenti, mira a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi potenzialmente configurabili all'interno della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. con riferimento alle fattispecie di reato previste dalla Legge 190/2012. In particolare, il percorso di costruzione del presente Piano ha tenuto conto dei seguenti aspetti:

- a. mappatura, sulla base delle peculiarità organizzativo-gestionali della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., delle aree interne ed individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, valutate in relazione al contesto, all'attività ed alle funzioni;
- b. accertamento del grado di rischio di commissione dei reati, contemplando i presidi in essere: risk assessment;
- c. determinazione per ogni area a rischio, delle eventuali esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, ovvero confronto dei risultati della "analisi dei rischi" con la best practice, per l'individuazione delle aree di miglioramento: gap analysis;
- d. definizione di piani di miglioramento a risoluzione dei principali gap individuati;
- e. programmazione di interventi formativi rivolti al personale, con particolare attenzione alle aree a



- maggior rischio di corruzione;
- f. adozione di efficaci meccanismi di segnalazione di accertate o presunte violazioni delle regole:
c.d. "whistleblowing";
 - g. definizione di flussi informativi al fine di consentire il monitoraggio sull'implementazione del Piano.

7.1. IL PTPC 2022 – 2024: MODALITÀ E CRITERI DI ELABORAZIONE

Il presente PTCT 2022-2024 è stato redatto tenendo in debito conto la normativa di riferimento e in particolare e per quanto già anticipato, per quanto concerne i documenti interpretativi della stessa, si fonda sui seguenti documenti:

- a. i contenuti della determina ANAC 1134/2017;

Il documento:

1. è stato elaborato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e per l'Integrità e la Trasparenza con il supporto dell'Organismo di Vigilanza (come previsto da Anac in determina 1134/2017: «le misure volte alla prevenzione della corruzione ex lege n.190 del 2012 sono elaborate dal Responsabile della prevenzione della corruzione in stretto coordinamento con l'Organismo di vigilanza» (pag.22 Determina 1134);
2. è oggetto di adozione e approvazione dall'organo di indirizzo della società, individuato nel CDA;
3. una volta adottato, ad esso verrà data adeguata pubblicità sia all'interno società, sia all'esterno, con la pubblicazione sul sito web della società alla pagina "Società Trasparente".

7.2. CONTESTI

ISTITUTO CLINICO "PROF. DR. R. DE BLASI" S.R.L. ha determinato gli elementi esterni ed interni che possono influenzare la propria capacità di raggiungere gli obiettivi del sistema di gestione anticorruzione ai fini della applicazione del D.Lgs 231/01 e della L.190/2012.

La valutazione del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale le realtà operano possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. La valutazione del contesto interno ha, invece, come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche interne dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

7.2.1 CONTESTO ESTERNO

Le informazioni utili a comprendere le dinamiche del rischio corruttivo all'interno di ISTITUTO CLINICO "PROF. DR. R. DE BLASI" S.R.L. discendono in primo luogo da una disamina della realtà territoriale (nazionale e locale) in cui la Società si colloca. La definizione del contesto esterno avviene per fasi di approfondimento graduale, in relazione all'esperienza maturata sul processo di valutazione del rischio e compatibilmente con le risorse professionali disponibili.

La definizione del contesto esterno avviene per fasi di approfondimento graduale, in relazione all'esperienza maturata sul processo di valutazione del rischio e compatibilmente con le risorse professionali disponibili.

A livello internazionale l'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Lo fa basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali.

Dalle relazioni delle Forze dell'Ordine risulta, inoltre, che in Calabria sono presenti organizzazioni di stampo mafioso che hanno raggiunto capacità di infiltrazione nell'imprenditoria, nelle attività commerciali, nelle istituzioni e nella politica e che in taluni casi riescono a influenzare il mondo dell'economia e degli appalti. Strumento utile per contrastare la criminalità è rappresentato dal registro delle imprese informatizzato messo a disposizione dalle Camere di Commercio.

7.2.2 INTERNO E ORGANIZZATIVO

La valutazione del contesto interno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche interne dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio



interno.

Il Piano Nazionale Anticorruzione evidenzia l'importanza di "segnalare la complessità organizzativa dell'amministrazione in esame, attraverso l'esame della struttura organizzativa, dei ruoli e delle responsabilità interne, così come delle politiche, degli obiettivi e strategie dell'ente", verificando, in particolare i seguenti dati: organi di indirizzo, struttura organizzativa, ruoli e responsabilità; politiche, obiettivi e strategie; risorse, conoscenze, sistemi e tecnologie; qualità e quantità del personale; cultura organizzativa, con particolare riferimento alla cultura dell'etica; sistemi e flussi informativi, processi decisionali (sia formali che informali); relazioni interne e esterne. In tale ottica il Piano Anticorruzione e l'adempimento agli obblighi di Trasparenza sono strumenti idonei ad integrare, a loro volta, il Modello 231/01 e la prevenzione delle fattispecie di reato ivi previste, in particolare contro la pubblica amministrazione. Il limite di budget, la stabilità contrattuale limitata ad un anno e i cambiamenti repentini della normativa nazionale e regionale che regola la contribuzione delle prestazioni non permette di poter pianificare investimenti finanziari a lungo periodo. Le modalità e tempi di pagamento da parte dell'ASP potrebbero creare difficoltà di liquidità.

Mission

La Direzione aziendale ha provveduto alla definizione delle politiche complessive dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ed in relazione ad esse ha stabilito degli obiettivi da raggiungere. Questi obiettivi si riferiscono al tipo nonché alla quantità di prestazioni erogate e che si intendono erogare.

In ordine alle tecniche individuali di lavoro (pianificazione delle attività, addestramento del personale, gestione del tempo e delle priorità di lavoro), e mirando al miglioramento continuo di tutti gli aspetti dell'attività dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.. La Direzione ha altresì scisso gli obiettivi in sub-obiettivi per La Direzione, consapevole da tempo di operare in un campo in cui:

- la necessità di pianificare, gestire e controllare le attività dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. è particolarmente critica per garantire all'utente un servizio puntuale ed efficiente, oltre che professionalmente valido;
- i bisogni dell'utente sono particolarmente importanti e critici;
- vi è una continua evoluzione delle normative di riferimento specifiche e conseguentemente una necessità di adeguamento costante;
- ha deciso di istituire un sistema organizzativo che garantisca la qualità del servizio reso e la massima efficienza interna.

Fino ad ora l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ha mirato soprattutto alla soddisfazione dell'Utente cercando di offrirgli un servizio puntuale, risultati precisi, un numero crescente di esami erogabili. Tuttavia, il raggiungimento o meno, di questi obiettivi non era visibile all'Utente, soprattutto quello occasionale.

Oggi riteniamo che l'adozione di un sistema organizzativo documentato sia uno strumento efficace per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Migliorare la precisione dei risultati degli esami
- Soddisfare l'utente
- Migliorare la qualità del servizio reso
- Migliorare continuamente la gestione del sistema qualità

Il raggiungimento di questi obiettivi deve essere perseguito gestendo il cambiamento con flessibilità, tempestività e determinazione, utilizzando al meglio gli strumenti organizzativi disponibili, migliorando la propria professionalità agevolare il monitoraggio dello stato degli stessi.

Tutti gli obiettivi ed i relativi indicatori sono redatti e revisionati dal Responsabile del Sistema, ed aggiornati periodicamente in relazione alle esigenze dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l..

Le esigenze e le aspettative dell'Utente vanno soddisfatte attraverso il massimo impegno nelle attività di



esecuzione del servizio e tramite l'ascolto dell'Utente circa le sue percezioni nei confronti dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

Tutte le figure professionali facenti parte della struttura, indipendentemente dalle specifiche responsabilità assegnate, sono determinanti per il conseguimento della soddisfazione dell'Utente.

L'applicazione del Sistema organizzativo coinvolge pertanto tutte le funzioni e richiede la partecipazione, l'impegno e l'efficace interazione di tutto il personale.

La Direzione si impegna ad attuare e sostenere la politica per la Qualità sopra esposta, a divulgarla ed a verificarla periodicamente prendendo in considerazione anche le esigenze e le proposte di tutto il personale.

La Direzione si impegna inoltre al mantenimento dei requisiti per l'accreditamento presso la Regione Calabria al fine di operare all'interno del SSN.

L'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ha avviato un processo di costante verifica del soddisfacimento delle esigenze del cliente basato, non solamente, sulla rilevazione delle non conformità, che lo coinvolgono direttamente, ma anche su un monitoraggio documentato dell'attività svolta e su una periodica misurazione della soddisfazione del cliente. La documentazione raccolta è oggetto di periodico riesame da parte della Direzione e dei Responsabili di funzione.

La Direzione dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., formula la Politica della Qualità, definisce gli obiettivi e gli indirizzi generali da perseguire in base alla politica formulata e s'impegna a perseguire il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità attraverso:

- l'impiego di risorse adeguate a gestire lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità.
- la diffusione all'interno dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. della Politica della qualità e degli obiettivi;
- la formazione al Sistema di Gestione per la Qualità di tutto il personale;
- la sensibilizzazione dei dipendenti verso le esigenze dei clienti;
- la monitorizzazione del livello di soddisfazione del cliente;
- l'effettuazione, periodica, del riesame sul Sistema di gestione per la qualità.

L'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., si ispira ai principi fissati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94:

- Eguaglianza ed imparzialità: i servizi sono erogati allo stesso modo a tutti, a prescindere dal sesso, dalla razza, dalla lingua, dalla religione attraverso un comportamento imparziale;
- Continuità erogativa: il servizio è erogato con continuità. L'eventuale interruzione è comunicata agli utenti e agli organi competenti;
- Diritto di libera scelta: l'utente ha il diritto di scegliere la propria struttura di fiducia, secondo la normativa vigente;
- Diritto di partecipazione e trasparenza: l'utente deve poter partecipare all'analisi delle prestazioni offerte dalla struttura, anche attraverso associazioni di tutela (es. Tribunale per i diritti dei Malati);
- Efficienza ed efficacia: il servizio dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. deve garantire efficienza ed efficacia.



Istituto Clinico
"Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ORGANIGRAMMA 2022



7.3 NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPC)

L'art. 1, comma 7, Legge 190/2012 prevede che l'organo di indirizzo politico di ciascun Ente destinatario della disposizione individui (di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio ma nel caso di enti privati anche tra consulenti esterni qualificati) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Nel caso dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. per organo di indirizzo politico deve intendersi l'Amministratore Unico e l'Assemblea dei soci.

Le informazioni relative alla nomina devono pervenire tempestivamente all'ANAC mediante compilazione dell'apposito modulo pubblicato sul sito dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il soggetto individuato come Responsabile deve essere in possesso dei seguenti requisiti oggettivi:

- a. stabilità dell'incarico;
- b. imparzialità di giudizio;
- c. inesistenza di ragioni di incompatibilità;
- d. professionalità ed onorabilità del soggetto designato.

7.4 TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il RPC sottopone il Piano di prevenzione della corruzione all'attenzione dell'Amministratore Unico ai fini della sua adozione entro il 31 gennaio di ogni anno, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, c. 8, L. 190/2012. Conseguentemente alla delibera ed entro il medesimo termine:

- è pubblicato sul sito internet della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente";
- è data comunicazione della pubblicazione a tutto il personale dipendente ed ai collaboratori a cura del responsabile del Personale.

7.5 AGGIORNAMENTO DEL PIANO

Il RPC valuta annualmente l'adeguatezza del Piano e propone all'Amministratore Unico eventuali modifiche e/o integrazioni che si dovessero rendere necessarie, al fine di:

- implementare il Piano, migliorarne l'efficacia e l'effettività, soprattutto qualora si verificano significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute;
- adeguare il Piano alle intervenute modifiche del quadro normativo e/o della struttura organizzativa dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l..

Una volta approvato, il Piano, così come modificato, viene pubblicato e reso noto con le modalità previste al paragrafo precedente.

7.6 SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano definisce una serie di obblighi e di misure che coinvolgono l'intera struttura organizzativa dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.. Come, infatti, esplicitato nel Piano Nazionale Anticorruzione, *"nonostante la previsione normativa centri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al RPC, tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Inoltre, al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione"*.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. - ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e delle proprie mansioni ed incarichi svolti a qualsiasi titolo

- sono, dunque, tenuti a rispettare rigorosamente le prescrizioni del presente piano e del Codice Etico nonché ad evitare comportamenti, anche omissivi, tali da impedire od ostacolare il rispetto del Piano ed i controlli relativi alla sua applicazione da parte del RPC.

Di seguito è riportata una sintesi dei compiti/responsabilità dei soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.



A. Il legale Rappresentante dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. su indicazione dell'assemblea dei soci

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- approva il Piano della Prevenzione della Corruzione
- all'atto della nomina del RPC, definisce anche la durata dell'incarico, che cessa per scadenza del termine alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della sua carica. Il RPC può essere revocato solo per giusta causa; rimane fermo l'obbligo di rotazione e la conseguente revoca dell'incarico nel caso in cui, nei confronti del RPC, siano stati avviati provvedimenti penali per condotte di natura corruttiva. In tali casi, così come in caso di contestazione ai fini della risoluzione del contratto di lavoro del dirigente nominato RPC, si applica la disciplina di cui all'art. 15 del d.lgs. 39/2013, che dispone la comunicazione all'A.N.A.C. della contestazione, affinché questa possa formulare una richiesta di riesame;

B. Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Al RPC sono riconosciuti poteri di vigilanza sull'attuazione effettiva delle misure, nonché di proposta delle integrazioni e delle modifiche delle stesse ritenute più opportune. I compiti del RPC sono, quindi:

- elaborazione ed aggiornamento della proposta del Piano, che viene adottato dal CdA entro il 31 gennaio di ogni anno;
- definizione del piano di formazione;
- individuazione dei soggetti da inserire nel piano di formazione;
- verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità;
- reporting al CdA - il report viene inviato anche all'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01;
- entro il 15 dicembre di ogni anno, redazione della Relazione recante i risultati dell'attività svolta, da inviare all' A.N.A.C. e e, per quanto di rispettiva competenza, anche al CdA e all'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/01;
- vigilanza sul rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 39/2013 (inconferibilità e incompatibilità),
- costante attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

C. Responsabili delle aree a rischio di corruzione

Ai responsabili delle Aree di attività della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ritenute a rischio di corruzione sono attribuite le seguenti responsabilità:

- svolgere attività informativa nei confronti del RPC sulle eventuali criticità/ violazioni riscontrate;
- partecipare al processo di gestione del rischio, collaborando con il RPC per individuare le misure di prevenzione;
- assicurare, all'interno dell'area di cui sono responsabili, l'osservanza del Codice Etico e l'attuazione delle misure di prevenzione programmate nel Piano;
- adottare le misure finalizzate alla gestione del rischio di corruzione, quali l'avvio di procedimenti disciplinari;
- verificare e garantire l'esattezza, completezza e il tempestivo aggiornamento dei dati da pubblicare sul sito istituzionale.

D. Dipendenti e Collaboratori della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

I dipendenti ed i collaboratori interni ed esterni partecipano al processo di gestione del rischio osservando le misure contenute nel Piano e nei documenti ad esso collegati (Codice Etico, Procedure, Istruzioni Operative, etc.), segnalando eventuali situazioni di illecito e casi



di conflitto di interesse che li riguardino al proprio responsabile, ed in ogni caso al RPC.

7.7 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA LA GLI ILLECITI

Il dipendente che intende effettuare una segnalazione di illecito potrà inviarla a all'indirizzo di posta elettronica del RPC pubblicato sul sito www. o riferirla verbalmente al RPC o al proprio superiore gerarchico.

L'art. 54 bis del D.Lgs. n.165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. whistleblower, ha introdotto una misura di tutela del dipendente che – al di fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione - denuncia all'autorità giudiziaria ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Al fine di evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli deve essere tutelato l'anonimato del segnalante.

I soggetti che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione di illecito e coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione devono rispettare gli obblighi di riservatezza, salve le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbono essere effettuate. La violazione degli obblighi di riservatezza comporta responsabilità disciplinare e l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

7.7.1 PROCEDURA WHISTLEBLOWING

Si dà atto che l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ha provveduto ad istituire la Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY, la quale risulta conforme alle Linee guida – in seguito emanate- in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing).

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione può essere fatta dai dipendenti e dai collaboratori delle imprese fornitrici e realizzatrici della stessa;
- il segnalante non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione di condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro;
- le tutele del segnalante non sono garantite nei casi in cui sia accertata la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione;
- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata.
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante. La segnalazione viene ricevuta anche dall'ODV.

Pur avendo l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. adottato la procedura in parola, le nuove linee guida di ANAC prevedono che le procedure per il whistleblowing debbano avere caratteristiche precise. In particolare, esse "prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione".

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono, infatti, le seguenti:

- a) la segnalazione può essere fatta dai dipendenti e dai collaboratori delle



- imprese fornitrici della stessa;
- b) il segnalante non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione di condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro;
 - c) le tutele del segnalante non sono garantite nei casi in cui sia accertata la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione;
 - d) la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata;
 - e) la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante. La segnalazione viene ricevuta anche dall'ODV;
 - f) nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta dell'RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

7.8 "INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA" (PANTOUFLAGE)

Particolare attenzione è stata volta dal PNA 2018 alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage). Evidenziato che il D.Lgs. n. 165/2001 si applica ai soli dipendenti delle pubbliche amministrazioni così come individuate all'art. 1, co. 2 del Decreto stesso (tra cui non sono ricomprese le società a partecipazione pubblica), la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici e quindi anche l'ambito di applicazione soggettiva del divieto di pantouflage è stato ampliato dall'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", il quale prevede espressamente che "Ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16-ter dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico". In coerenza con quanto stabilito dal succitato art.21 del D.Lgs. n.39/2013, l'ambito applicativo della disposizione, è stato altresì oggetto di intervento espresso dell'ANAC con Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 296 del 21 dicembre 2018), avente ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione". In particolare ANAC ha specificato, al punto 9.2 della predetta delibera che i soggetti privati in controllo pubblico sono certamente sottoposti al divieto di pantouflage, tenuto conto di quanto disposto dall'art. 21 del medesimo decreto, gli amministratori e i direttori generali, in quanto muniti di poteri gestionali, mentre "non sembra invece consentita un'estensione del divieto ai dipendenti, attesa la formulazione letterale del citato articolo 21 che fa riferimento solo ai titolari di uno degli incarichi considerati dal D.lgs. n. 39/2013. Ad analoghe conclusioni si giunge per i dirigenti ordinari". Il personale dipendente dell'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. non risulta destinatario di autonomi poteri di amministrazione e di gestione, neppure in forza di specifiche deleghe con cui vengano attribuiti loro specifici poteri autoritativi o negoziali (dovendosi intendere, in tal senso, che tali poteri decisionali e gestionali siano conferiti statutariamente, a mezzo di procura notarile o di apposita delibera del



consiglio di Amministrazione).

Sulla base di tali indicazioni normative e regolamentari – ai fini della corretta interpretazione e della chiara determinazione dell’ambito di applicazione della norma di cui trattasi – si ritiene che i divieti di cui al comma 16-ter dell’articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, si applichino al solo all’Amministratore e ai soci. Quale misura volta a implementare l’attuazione dell’istituto, RPCT invierà una comunicazione a detti soggetti al fine di ricordare i contenuti della normativa.

8. AREE MAGGIORMENTE ESPOSTE A RISCHIO DI CORRUZIONE

In sede di analisi preventiva sono state individuate le aree maggiormente esposte al rischio di commissione di reati di natura corruttiva: la valutazione del grado di rischio è stata effettuata tenendo conto delle misure di prevenzione già in atto, riportate nell’allegato 1 al presente piano insieme con le ulteriori misure che si prevede di implementare.

9. STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

9.1 PRINCIPI GENERALI

Le misure essenziali per la prevenzione del rischio di corruzione sono contenute nella normativa interna e, in particolare nei seguenti documenti che tutti coloro che operano in nome e per conto dell’Istituto Clinico “Prof. Dr. R. De Blasi” s.r.l. sono tenuti a conoscere, applicare e rispettare:

- a. Modello di organizzazione, gestione e controllo
- b. Codice etico
- c. Politica della Qualità.

9.2 PROCEDURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La Istituto Clinico “Prof. Dr. R. De Blasi” s.r.l., al fine di prevenire il conflitto d’interesse, l’inconferibilità e l’incompatibilità degli incarichi, provvede a:

- inviare l’elenco del personale medico e relative dichiarazioni di non incompatibilità alla ASP di competenza;
- effettuare controlli tramite verifiche dei titoli professionali di cui alle dichiarazioni prodotte del personale sanitario laureato, mettendosi in contatto con le Università e gli Ordini Professionali, al fine di controllare la veridicità delle attestazioni suddette e il mantenimento della validità dei titoli;
- informare, con atto scritto sui rischi di corruzione tutto il personale e, in particolare, coloro che operano nei settori individuati dall’Istituto Clinico “Prof. Dr. R. De Blasi” s.r.l. come ad alto e medio rischio e, dunque, maggiormente esposti; a tal fine, acquisisce dai dipendenti le dichiarazioni di mancanza di conflitto d’interesse, diretto o mediato, nelle procedure cui sono preposti;
- informare con atto scritto, il personale in merito ai principi di legalità, trasparenza e correttezza e sull’obbligo di comunicare, con atto scritto, alla Direzione sanitaria ed al Legale rappresentante *pro tempore* dell’Istituto Clinico “Prof. Dr. R. De Blasi” s.r.l. eventuali modifiche della situazione relativa alla non incompatibilità, attestata al momento dell’inizio del rapporto, ai titoli posseduti, ad eventuali interessi sopravvenuti ed eventuali procedimenti penali in corso o all’emanazione di sentenze di condanne penali sopravvenute a suo carico. In suddetti casi, il legale rappresentante *pro tempore* ne darà tempestiva comunicazione all’ASP competente ed avrà due settimane di tempo per assumere i provvedimenti conseguenti che riterrà necessari, compatibilmente ai principi di legge vigenti in materia di tutela del lavoro.

Il Sistema di Controllo Interno prevede, inoltre, l’applicazione di procedure redatte in conformità con i principi enunciati nel presente piano ed in grado di prevenire eventuali fenomeni corruttivi:

- Accesso alle prestazioni sanitarie
- Gestione delle Risorse Umane
- Gestione degli Approvvigionamenti
- Gestione dei rapporti con le Parti Interessate
- Gestione dei reagenti/presidi e monouso utilizzati



- Gestione e controllo delle infrastrutture
- Gestione del sistema informativo.

In aggiunta alle procedure sopra riportate potranno essere formalizzate tutte quelle procedure e prassi organizzative e gestionali che consentano - nelle singole aree di rischio individuate nel presente Piano - una specifica prevenzione di qualsivoglia fenomeno corruttivo.

10. TRASPARENZA

La Legge 190/2012 ha conferito delega al Governo per approvare un decreto legislativo avente ad oggetto il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, esercitata con l'approvazione del D.Lgs. 33/ 2013.

10.1 IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA

In ottemperanza a quanto previsto dal suddetto decreto legislativo la Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. ha adottato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità contenente le misure, le modalità attuative e le iniziative volte all'adempimento degli obblighi in tema di trasparenza e il relativo monitoraggio.

Data la funzione preventiva svolta dalla trasparenza in tema di anticorruzione, ne consegue che le azioni del Programma Trasparenza ed Integrità sono state definite in un'ottica di integrazione con le misure e gli interventi previsti dal presente Piano di Prevenzione della Corruzione, del quale il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità stesso costituisce, pertanto, parte integrante.

In quanto Ente di diritto privato in controllo pubblico, l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. è soggetta alle regole sulla trasparenza di cui alla Legge 190/2012 e al D.Lgs. 33/2013. In particolare, l'Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. è tenuta:

- a) alla pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- b) alla realizzazione della sezione "Amministrazione trasparente" nel proprio sito web;
- c) alla previsione di una funzione di controllo e monitoraggio dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;
- d) all'organizzazione di un sistema che fornisca risposte tempestive ai cittadini, con particolare riguardo ai dati non pubblicati sul sito (c.d. accesso civico);
- e) all'adozione e all'aggiornamento del presente Programma triennale per la trasparenza.

Il Programma è diretto alla gestione delle seguenti attività, alla cui realizzazione concorrono, oltre al Responsabile per la trasparenza, tutti i settori della Casa di cura e i relativi Responsabili:

- a) iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;
- b) definizione di misure, modi e iniziative volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione;
- c) definizione di misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la
- d) tempestività dei flussi informativi di cui all'art. 43, comma 3, d.lgs. 33/2013;
- e) definizione di specifiche misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

10.2 RUOLI E RESPONSABILITÀ

Il Responsabile della trasparenza della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. coincide con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. Il Responsabile per la trasparenza:

- a) controlla che le misure del Programma siano coordinate con le misure e gli interventi del Piano di prevenzione della corruzione;
- b) controlla ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;
- c) svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- d) assicura la chiarezza e la completezza delle informazioni pubblicate;
- e) provvede all'aggiornamento del Programma.

Il Responsabile della trasparenza adotta altresì misure di monitoraggio e vigilanza sugli obblighi di trasparenza con cadenza periodica, oltre che "ad evento", attraverso dei controlli interni e dei test a



campione.

L'obiettivo delle attività in capo al Responsabile della Trasparenza è quello di adempiere agli obblighi di pubblicazione e aggiornamento dei dati nella sezione del sito internet denominata "Amministrazione trasparente".

10.3 TRASPARENZA E PRIVACY

La trasparenza necessita di un coordinamento e di un bilanciamento con il principio di riservatezza e di protezione dei dati sensibili. A tale proposito, si deve dare atto dell'esistenza delle "Linee guida del Garante della Privacy su anticorruzione e trasparenza", pubblicate nel 2014. Tale documento prevede espressamente che, laddove l'amministrazione o l'ente riscontri l'esistenza di un obbligo normativo che impone la pubblicazione dell'atto o del documento nel proprio sito web istituzionale è necessario selezionare i dati personali da inserire in tali atti e documenti, verificando, caso per caso, se ricorrono i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni.

La Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l., in conformità con i principi di protezione dei dati, è tenuta a ridurre al minimo l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi ed evitare il relativo trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante dati anonimi o altre modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità - cd. "principio di necessità" di cui all'art. 3 co. 1 del Codice Privacy (oggi coordinato con il Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice Privacy alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

Pertanto, anche in presenza degli obblighi di pubblicazione di atti o documenti contenuti nel D.Lgs.33/2013, i soggetti chiamati a darvi attuazione non possono comunque rendere intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

Deve, pertanto, ritenersi consentita la diffusione dei soli dati personali la cui inclusione in atti e documenti da pubblicare sia realmente necessaria e proporzionata alla finalità di trasparenza perseguita nel caso concreto (cd. "principio di pertinenza e non eccedenza" di cui all'art. 11 co. 1 lett. d) del Codice Privacy). Di conseguenza, i dati personali che esulano da tale finalità non devono essere inseriti negli atti e nei documenti oggetto di pubblicazione online. In caso contrario, occorre provvedere, comunque, all'oscuramento delle informazioni che risultano eccedenti o non pertinenti.

11. PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2022 - 2024

Viene di seguito data evidenza della programmazione delle attività per il triennio 2022 - 2024.

Anno 2022

- a) redazione del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza;
- b) aggiornamento della sezione "Amministrazione trasparente" sul web della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.;
- c) verifica della correttezza e della completezza dei dati pubblicati ex D.Lgs.;
- d) definizione delle procedure di monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- e) attuazione delle attività di monitoraggio;
- f) formazione interna.

Anno 2023

- a) valutazione delle attività poste in essere nel corso dell'esercizio precedente in materia di Anticorruzione e Trasparenza ed implementazione di eventuali azioni correttive o di miglioramento;
- b) verifica degli aggiornamenti effettuati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web;
- c) valutazione dell'accessibilità del sistema;
- d) formazione specifica.

Anno 2024

- a) valutazione delle attività poste in essere nel corso dell'esercizio precedente ed implementazione di eventuali azioni correttive o di miglioramento;
- b) verifica degli aggiornamenti effettuati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web;
- c) valutazione dei bisogni formativi ed eventuale attuazione di piani formativi;
- d) predisposizione del Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza per il triennio



Istituto Clinico
"Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

successivo.



12. ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

Data la struttura organizzativa della Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. e le peculiari caratteristiche del servizio sanitario, risulta di difficile applicazione il principio della rotazione degli incarichi, considerando il numero di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun servizio. La specializzazione delle mansioni risulta elevata e la rotazione comprometterebbe l'efficacia della gestione amministrativa.

In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente e/o in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, l'Amministratore Unico ha facoltà di adottare la sospensione del rapporto di lavoro o di collaborazione.

13. STRUMENTI DI CONTROLLO DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il sistema di gestione aziendale prevede l'effettuazione di sistematici audit interni finalizzati alla verifica della coerenza delle prassi e dei comportamenti del personale rispetto alle disposizioni contenute nelle procedure sopra richiamate.

In aggiunta a tali audit vengono condotte periodiche ispezioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, le cui risultanze sono formalizzate in appositi verbali e trasmesse all'Amministratore Unico perché ne riferisca in Consiglio di Amministrazione.

14. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A cura del Responsabile Qualità sono predisposti annualmente, su indicazione dell'OdV e del RPC, specifici interventi formativi per tutto il Personale dipendente e con rapporto di collaborazione continuativa.

15. ALLEGATI

All.1 Mappa dei rischi

Reggio Calabria 10.01.2022

Il Legale Rappresentante



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Tabella 1- Aree di rischio e processi

Aree di rischio	Sotto-Area	Processo
Area A: Assunzione, Progressione del Personale, sistemi retributivi	1.Assunzione appartenente a categorie protette o ad assunzione agevolata	<ul style="list-style-type: none">• verifica criteri legali per assunzioni categorie protette• processo di selezione• approvazione selezione• stipula contratto
	2.Gestione delle Assunzioni del Personale	<ul style="list-style-type: none">• Verifica fabbisogno personale• Verifica modalità di selezione del personale• processo di selezione<ul style="list-style-type: none">- agenzia interinale- assunzione tempo determinato / indeterminato- selezione pubblica<ul style="list-style-type: none">➤ disciplinare bando e parametri di valutazione➤ nomina commissione giudicante➤ valutazione candidato• approvazione selezione• stipula contratto
	3. Gestione dei sistemi retributivi e premianti	<ul style="list-style-type: none">• Verifica operato dipendente• Rilevazione presenze• Elaborazione Buste paga• Pagamento stipendi• Sottoscrizione Accordi Sindacali• Definizione <i>an</i> e <i>quantum</i> premi
Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture Conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza	1. Negoziazione/ Stipulazione e/o esecuzione di Contratti per l'approvvigionamento di beni/servizi	<ul style="list-style-type: none">• Verifica Fabbisogno• Verifica modalità di acquisto beni e servizi<ul style="list-style-type: none">- affidamento diretto- procedura negoziata- bando di gara• Procedura di selezione fornitori beni e servizi• Aggiudicazione contratti e/o forniture<ul style="list-style-type: none">- selezione del fornitore per affidamenti diretti- valutazione offerte• Verifica corretto adempimento contratto / ordine fornitori:<ul style="list-style-type: none">- verifica corrispondenza (ordine – bolla) qualitativa / quantitativi beni acquistati (collaudo/certificato di regolare esecuzione)• Collaudi attrezzature e/o macchinari secondo normativa di legge

--	--	--



	2. Assegnazione gestione incarichi per consulenze	<ul style="list-style-type: none">• Verifica assenza disponibilità interna personale qualificato• Individuazione figure professionali• Processo di valutazione congruità corrispettivo• Processo valutazione competenza• Aggiudicazione incarico
	3. Albo Fornitori	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Albo fornitori per beni e servizi
	4. Pagamenti Fornitori / Consulenze	<ul style="list-style-type: none">• Verifica presupposti di legge e procedure aziendali per procedere al pagamento (Durc, Equitalia, etc.)
Area C: provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari	La Società non ha competenza ad emettere provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari siano essi privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni) o con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi);	
Area D: Rapporti con la PA e gli Organi Ispettivi	<ol style="list-style-type: none">1. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'esercizio delle attività aziendali2. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti in materia previdenziale e assicurativa3. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle verifiche in materia previdenziale e assicurativa4. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle ispezioni in materia previdenziale e assicurativa5. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti fiscali e tributari (agenzia delle entrate ecc..)6. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per produzione rifiuti solidi liquidi e gassosi, ovvero emissione di fumi o della produzione di inquinamento acustico/elettromagnetico7. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per le previsioni contenute nella normativa vigente in materia di sicurezza e dell'igiene sul lavoro e del rispetto delle cautele previste da leggi e regolamenti per l'impiego di dipendenti adibiti a particolari mansioni8. Acquisizione e/o gestione di contributi/sovvenzioni/finanziamenti concessi da soggetti pubblici9. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per lo svolgimento di attività strumentali a quelle tipiche aziendali10. Rapporti con Autorità di vigilanza relativi allo svolgimento di attività disciplinate dalla legge	



Istituto Clinico "Prof. Dr.
R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Area E Flussi Finanziari	<ol style="list-style-type: none">1. Tenuta della contabilità clienti2. Tenuta della contabilità fornitori3. Tesoreria4. Redazione del bilancio di esercizio5. Relazioni e comunicazioni sociali6. Adempimenti oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente7. Rapporti con il Sindaco Unico8. Rapporti con le società di revisione9. Rapporti con i soci10. tenuta e conservazione documenti su cui i soci potrebbero esercitare controllo11. Gestione incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni12. Gestione flussi finanziari13. Gestione di iniziative soci, culturali, omaggio, attività promozionali e pubblicitarie
Area F Affari Legali e Contenzioso	<ul style="list-style-type: none">- Processo decisionale a seguito accertamento non conformità esecuzione prestazione fornitore- Attività di recupero crediti: processo decisionale inizio attività di recupero e passaggio al legale per iniziativa giudiziaria



Istituto Clinico "Prof. Dr.
R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Tabella 2- Processi ed individuazione Responsabilità e Personale Coinvolto

Sotto-Area	Processo	Responsabilità Soggetti Coinvolti
AREA A		
1. Assunzione appartenente a categorie protette o ad assunzione agevolata	<ul style="list-style-type: none">● verifica criteri legali per assunzioni categorie protette● processo di selezione● approvazione selezione● stipula contratto	AU Consulente del Lavoro
2. Gestione delle Assunzioni del Personale	<ul style="list-style-type: none">● Verifica fabbisogno personale● Verifica modalità di selezione del personale● processo di selezione<ul style="list-style-type: none">- agenzia interinale- assunzione tempo determinato- selezione pubblica<ul style="list-style-type: none">➤ disciplinare bando e parametri di valutazione➤ nomina commissione giudicante➤ valutazione candidato● approvazione selezione● stipula contratto	AU Consulente del Lavoro
3. Gestione dei sistemi retributivi e premianti	<ul style="list-style-type: none">● Verifica operato dipendente● Rilevazione presenze● Elaborazione● Buste paga● Pagamento stipendi	AU Amministrazione Consulente del Lavoro



AREA B		
1. Negoziazione/ Stipulazione e/o esecuzione di Contratti per l'approvvigionamento di beni/servizi	<ul style="list-style-type: none">● Verifica Fabbisogno● Verifica modalità di acquisto beni e servizi<ul style="list-style-type: none">- affidamento diretto- procedura negoziata- bando di gara● Procedura di selezione fornitori beni e servizi● Aggiudicazione contratti e/o forniture<ul style="list-style-type: none">- selezione del fornitore- per affidamenti diretti nomina commissione giudicante- valutazione offerte● Verifica corretto adempimento contratto / ordine fornitori:<ul style="list-style-type: none">- Verifica corrispondenza (ordine – bolla) qualitativa /quantitativi beni acquistati (collaudo/ certificato di regolare esecuzione)● Collaudi attrezzature e/o macchinari secondo normativa di legge	Assemblea dei soci AU RAQ Responsabile e Supervisore Segreteria e Logistica
2. Assegnazione gestione incarichi per consulenze	<ul style="list-style-type: none">● Verifica assenza disponibilità interna personale qualificato● Selezione figure professionali● Processo di valutazione congruità corrispettivo● Processo valutazione competenza● Aggiudicazione incarico	Assemblea dei soci AU
3. Albo Fornitori	<ul style="list-style-type: none">● Gestione Albo fornitori per beni e servizi	AU Amministrazione Segreteria
4. Pagamenti Fornitori / Consulenze	<ul style="list-style-type: none">● Verifica presupposti di legge e procedure aziendali per procedere al pagamento (Durc, Equitalia, etc.)	Amministrazione



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

AREA D

- a. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'esercizio delle attività aziendali
- b. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti in materia previdenziale e assicurativa
- c. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle verifiche in materia previdenziale e assicurativa
- d. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle ispezioni in materia previdenziale e assicurativa
- e. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti fiscali e tributari (agenzia delle entrate ecc..)
- f. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per produzione rifiuti solidi liquidi e gassosi, ovvero emissione di fumi o della produzione di inquinamento acustico/elettromagnetico
- g. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per le previsioni contenute nella normativa vigente in materia di sicurezza e dell'igiene sul lavoro e del rispetto delle cautele previste da leggi e regolamenti per l'impiego di dipendenti adibiti a particolari mansioni
- h. Acquisizione e/o gestione di contributi/sovvenzioni/finanziamenti concessi da soggetti pubblici
- i. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per lo svolgimento di attività strumentali a quelle tipiche aziendali
- j. Rapporti con Autorità di vigilanza relativi allo svolgimento di attività disciplinate dalla legge

Assemblea dei soci
AU
Amministrazione
Consulente del lavoro
Commercialista

AREA E

1. Tenuta della contabilità clienti
2. Tenuta della contabilità fornitori
3. Redazione del bilancio di esercizio
4. Relazioni e comunicazioni sociali
5. Adempimenti oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente
6. Rapporti con il Sindaco Unico
7. Rapporti con i soci
8. tenuta e conservazione documenti su cui i soci potrebbero esercitare controllo
9. Gestione incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni
10. Gestione flussi finanziari
11. Gestione di iniziative soci, culturali, omaggio, attività promozionali e pubblicitarie

Assemblea dei soci
AU
Amministrazione
Commercialista



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Tabella 3- Processi ed individuazione Misure di Prevenzione

Aree di rischio			Misure di prevenzione / Procedure adottate
Area A: Assunzione, Progressione del Personale / Rilevazione presenze	1. Assunzione Personale appartenente a categorie protette o ad assunzione agevolata	<ul style="list-style-type: none"> • verifica criteri legali per assunzioni categorie protette • processo di selezione • approvazione selezione • stipula contratto 	Codice Etico Procedura Gestione doc. (PG. GDQ) Manuale Qualità Procedura gestione risorse (PG.ADD) Organigramma Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY
	2. Gestione delle Assunzioni del Personale	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica fabbisogno personale • Verifica modalità di selezione del personale processo di selezione <ul style="list-style-type: none"> - agenzia interinale - assunzione tempo determinato - selezione pubblica • disciplinare bando e parametri di valutazione • nomina commissione giudicante • valutazione candidato • approvazione selezione • stipula contratto 	
	3. Gestione e dei sistemi retributivi e premianti		



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture, Conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza	1. Negoziazione /Stipulazione e/o esecuzione di contratti per l'approvvigionamento di beni/servizi	<ul style="list-style-type: none"> ● Verifica Fabbisogno ● Verifica modalità di acquisto beni e servizi <ul style="list-style-type: none"> - affidamento diretto - procedura negoziata - bando di gara ● Procedura di selezione fornitori beni e servizi ● Aggiudicazione contratti e/o forniture <ul style="list-style-type: none"> - selezione del fornitore - per affidamenti diretti nomina commissione giudicante - valutazione offerte ● Verifica corretto adempimento contratto / ordine fornitori: <ul style="list-style-type: none"> - Verifica corrispondenza (ordine – bolla) qualitativa /quantitativi beni acquistati (collaudo/ certificato di regolare esecuzione) ● Collaudi attrezzature e/o macchinari secondo normativa di legge 	Procedura Acquisizione di lavori, forniture e servizi Procedura GDQ e doc. allegati (Fornitori del laboratorio e approvvigionamento: qualificazione dei fornitori, acquisto, conservazione e controllo materiale utilizzato nell'attività lavorativa): PG.QVF: Valutazione fornitori (4.1 Qualifica dei fornitori - 4.2 Modalità di qualificazione dei fornitori - 4.3 Controllo dei fornitori - 4.4 Riesame dei fornitori - 4.5 Archivio fornitori) PG. APP: Contratti e commesse a terzi Approvvigionamento (5.1 Premessa - 5.2 Scelta della ditta nell'elenco fornitori) PG.GDQ Responsabilità PG.GDQ Archiviazione PG. APP: Contratti e commesse a terzi Approvvigionamento (Approvvigionamento del materiale di consumo e di supporto Strumenti ed attrezzature) PG.COM Verifica del prodotto acquistato (6.1.1 controlli al ricevimento - 6.1.2 controlli tecnici ed analitici - 6.2 Strumenti, attrezzature e parti di ricambio - 6.3 servizi) Manuale Qualità Codice Etico Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY Procure e Deleghe
	2. assegnazione gestione incarichi per consulenze	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica assenza disponibilità interna personale qualificato - Selezione figure professionali - Processo di valutazione congruità - Corrispettivo - Processo valutazione - Competenza - Aggiudicazione incarico 	Procedura Acquisizione di lavori, forniture e servizi Manuale Qualità (in particolare: approvvigionamento; Processo di approvvigionamento; Valutazione dei fornitori; Verifica del prodotto acquistato) Codice Etico Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY Procure e Deleghe
	3. Selezione e Gestione dei fornitori per beni e servizi (albo fornitori)		Procedura Acquisizione di lavori, forniture e servizi Manuale Qualità (in particolare: approvvigionamento; Processo di approvvigionamento; Valutazione dei fornitori; Verifica del prodotto acquistato) Codice Etico Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY Procure e Deleghe Corsi di Formazione e sensibilizzazione del personale



Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

	4. Pagamenti fornitori /consulenti	Verifica presupposti di legge e procedure aziendali per procedere al pagamento (DURC etc.)	
Area D: Rapporti con la PA e gli Organi Ispettivi	<ol style="list-style-type: none">1. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'esercizio delle attività aziendali2. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti in materia previdenziale e assicurativa3. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle verifiche in materia previdenziale e assicurativa4. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle ispezioni in materia previdenziale e assicurativa5. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti fiscali e tributari (agenzia delle entrate ecc..)6. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per produzione rifiuti solidi liquidi e gassosi, ovvero emissione di fumo della produzione di inquinamento acustico/elettromagnetico7. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per le previsioni contenute nella normativa vigente in materia di sicurezza e dell'igiene sul lavoro e del rispetto delle cautele previste da leggi e regolamenti per l'impiego di dipendenti adibiti a particolari mansioni.8. Acquisizione e/o gestione di contributi/sovvenzioni/finanziamenti concessi da soggetti pubblici9. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per lo svolgimento di attività strumentali a quelle tipiche aziendali10. Rapporti con Autorità di vigilanza relativi allo svolgimento di attività disciplinate dalla legge		Procedura Rapporti Soggetti Pubblici Codice Etico Procure e Deleghe Corsi di Formazione e sensibilizzazione del personale Verifiche da parte di soggetti terzi indipendenti Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY Mansionario ODV



Area E Flussi Finanziari	1. Tenuta della contabilità, redazione del bilancio di esercizio, di relazioni e comunicazioni sociali in genere, nonché relativi adempimenti di oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente	1. Tenuta della contabilità clienti 2. Tenuta della contabilità fornitori 3. Tesoreria 4. Redazione del bilancio di esercizio 5. Relazioni e comunicazioni sociali 6. Adempimenti oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente	Procedura Gestione Bilancio e dei Rapporti Societari Procedura "Contabilità" ai fini della verifica dei flussi e della gestione delle transazioni finanziarie Procedura Gestione delle Transazioni Finanziarie Sindaco unico OdV Codice Etico Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità WHISTLEBLOWING POLICY Procure e Deleghe Procedura Rapporti Soggetti Pubblici Procedura Rapporti Soggetti Privati
	2. Rapporti con il socio; redazione, tenuta e conservazione dei documenti su cui gli stessi potrebbero esercitare il controllo	7. Rapporti con il Sindaco Unico 8. Rapporti con le società di revisione 9. Rapporti con i soci tenuta e conservazione documenti su cui i soci potrebbero esercitare il controllo	
	3. Gestione delle incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni	10. Gestione incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni 11. Gestione flussi finanziari	
	4. Gestione dei Flussi Finanziari	12. Gestione di iniziative soci, culturali, omaggio, attività promozionali e pubblicitarie	
	5. Gestione di iniziative socio, culturali, omaggi, attività promozionali e pubblicitarie etc.		
Area F Area Legale e Contenzioso	- Processo decisionale a seguito accertamento non conformità esecuzione prestazione fornitore - Attività di recupero crediti: processo decisionale inizio attività di recupero e passaggio al legale per iniziativa giudiziaria	Procedura Gestionale e doc. allegati (Fornitori del laboratorio e approvvigionamento: qualificazione dei fornitori, acquisto, conservazione e controllo materiale utilizzato nell'attività lavorativa) Manuale Qualità	



Tabella 4- Processi ed individuazione Eventi Rischiosi

Sotto-Area	Processo	Individuazione Eventi Rischiosi
AREA A		
1. Assunzione appartenente a categorie protette o ad assunzione agevolata	<ul style="list-style-type: none">● verifica criteri legali per assunzioni categorie protette● processo di selezione● approvazione selezione● stipula contratto	<ul style="list-style-type: none">- Predisposizione bando con requisiti mirati, poco trasparenti e oggettivi.- Irregolarità della documentazione amministrativa: accettazione domande incomplete, prive di requisiti, fuori termine;- Composizione commissioni mirate.- Diffusione informazioni riservate.- Alterazione atti e valutazioni o omissione verifiche e atti dovuti per favorire o penalizzare candidati nelle procedure selettive e concorsuali.- Inosservanza regole procedurali
2. Gestione delle Assunzioni del Personale	<ul style="list-style-type: none">● Verifica fabbisogno personale● Verifica modalità di selezione del personale● processo di selezione<ul style="list-style-type: none">- agenzia interinale - assunzione tempo determinato - selezione pubblica<ul style="list-style-type: none">➤ disciplinare bando e parametri di valutazione➤ nomina commissione giudicante➤ valutazione candidato● approvazione selezione● stipula contratto	
3. Gestione dei sistemi retributivi e premianti	<ul style="list-style-type: none">● Verifica operato dipendente● Rilevazione presenze● Elaborazione● Buste paga● Pagamento stipendio● Verifica obiettivi Piano Performance	<ul style="list-style-type: none">- Alterazione atti e valutazioni o omissione verifiche e atti dovuti per favorire o penalizzare dipendenti.- Inosservanza regole procedurali- Errata applicazione criteri di valutazione Piano delle Performance
AREA B		



1. Negoziazione/ Stipulazione e/o esecuzione di Contratti per l'approvvigionamento di beni/servizi	<ul style="list-style-type: none">● Verifica Fabbisogno● Verifica modalità di acquisto beni e servizi<ul style="list-style-type: none">- affidamento diretto- procedura negoziata- bando di gara● Procedura di selezione fornitori beni e servizi● Aggiudicazione contratti e/o forniture<ul style="list-style-type: none">- selezione del fornitore- per affidamenti diretti- nomina commissione giudicante- valutazione offerte● Verifica corretto adempimento contratto / ordine fornitori:<ul style="list-style-type: none">- Verifica corrispondenza (ordine – bolla) qualitativa/quantitativa beni acquistati (collaudo/ certificato di regolare esecuzione)● Collaudi attrezzature e/o macchinari secondo normativa di legge	<ul style="list-style-type: none">- Richieste di lavori non necessari al funzionamento della Società, ma per interesse personale o di un determinato fornitore.- Avvantaggiare un fornitore nella aggiudicazione dell'appalto- Porre in essere comportamenti omissivi al fine di non far rilevare forniture/lavori/servizi non conformi agli standard richiesti, per favorire un determinato fornitore- Utilizzo dell'affidamento diretto della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalle leggi o regolamenti per favorire un determinato soggetto- Illegittimo frazionamento al fine di procedere tramite affidamento diretto- Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore;- proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati ab origine nella documentazione di gara- Mancato ricorso alle indagini di mercato prima di procedere all'affidamento- Mancata comunicazione dei conflitti di interesse- Assenza dei controlli sui requisiti di carattere generale e speciale
2. Assegnazione gestione incarichi per consulenze	<ul style="list-style-type: none">● Verifica assenza disponibilità interna personale qualificato● Selezione figure professionali● Processo di valutazione congruità corrispettivo● Processo valutazione competenza● Aggiudicazione incarico	Oltre agli eventi rischiosi sopra individuati al punto 1. si identificano gli ulteriori specifici profili di rischio: <ul style="list-style-type: none">- Carenza di formalizzazione dei presupposti e caratterizzazione dell'attività.- Pagamenti a fronte di attività non correttamente svolte (assenza verifiche di corretta esecuzione).- Liquidazione di compensi in misura maggiore di quanto dovuto anche in virtù di modifiche dell'affidamento non correttamente formalizzate.
3. Albo Fornitori	<ul style="list-style-type: none">● Gestione Albo fornitori per beni e servizi.	
4. Pagamenti Fornitori / Consulenze	<ul style="list-style-type: none">● Verifica presupposti di legge e procedure aziendali per procedere al pagamento (Durc, Equitalia, etc.)	Mancata verifica della sussistenza dei presupposti di legge legittimanti i pagamenti



AREA D

1. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'esercizio delle attività aziendali
2. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti in materia previdenziale e assicurativa
3. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle verifiche in materia previdenziale e assicurativa
4. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle ispezioni in materia previdenziale e assicurativa
5. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti fiscali e tributari (agenzia delle entrate ecc..)
6. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per produzione rifiuti solidi liquidi e gassosi, ovvero emissione di fumi o della produzione di inquinamento acustico/elettromagnetico
7. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per le previsioni contenute nella normativa vigente in materia di sicurezza e dell'igiene sul lavoro e del rispetto delle cautele previste da leggi e regolamenti per l'impiego di dipendenti adibiti a particolari mansioni
8. Acquisizione e/o gestione di contributi/sovvenzioni/finanziamenti concessi da soggetti pubblici
9. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per lo svolgimento di attività strumentali a quelle tipiche aziendali
10. Rapporti con Autorità di vigilanza relativi allo svolgimento di attività disciplinate dalla legge

Inosservanza regole e procedure
Mancata corretta compilazione di documentazione ex lege obbligatoria

AREA E

1. Tenuta della contabilità clienti
2. Tenuta della contabilità fornitori
3. Redazione del bilancio di esercizio
4. Relazioni e comunicazioni sociali
5. Adempimenti oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente
6. Rapporti con i soci
7. tenuta e conservazione documenti su cui i soci potrebbero esercitare controllo
8. Gestione incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni
9. Gestione flussi finanziari
10. Gestione di iniziative soci, culturali, omaggio, attività promozionali e pubblicitarie

Inosservanza regole e procedure Mancanza di controlli
Scarso livello di controllo su requisiti d'ingresso/esecuzione/output/scadenze
Scostamento non giustificato rispetto a budget e piani previsionali



Istituto Clinico "Prof. Dr.
R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi sono definiti quali fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi e vengono prese in esame per determinare il livello di rischio di ciascun processo.

RPCT, nella redazione della tabella di rischio di cui *infra*, ha tenuto conto della presenza o meno dei seguenti fattori:

a) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)
b) mancanza di trasparenza;
c) complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
d) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
e) scarsa responsabilizzazione interna;
f) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
g) inadeguata diffusione della cultura della legalità;

A supporto delle conclusioni ed a confronto delle risultanze del processo di misurazione del livello di rischio sono stati esaminati dati statistici, che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi.

Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione	Eventuali sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti. ✓ I reati contro la PA; ✓ Il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (art.640 e 640 bis c.p.)
Le segnalazioni pervenute	Segnalazioni ricevute sia dall'interno dell'amministrazione che dall'esterno, oltre che reclami che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala gestione di taluni processi organizzativi.
Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione	rassegne stampa, ecc..



Istituto Clinico "Prof. Dr.
R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Quali ulteriori elementi (indicatori) è stato esaminato il ricorrere o meno dei seguenti fattori.

Discrezionalità dei processi

Il processo è del tutto vincolato	BASSO
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	MEDIO
E' altamente discrezionale	ALTO

Interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, per i destinatari del processo

Il processo ha come destinatario finale un ufficio interno	BASSO
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico	MEDIO
Il processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla PA e comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi (es.: affidamento di appalto)	ALTO

Controlli (controllo preventivo e successivo di regolarità amministrativa, controlli a campione ecc)

Il tipo di controllo applicato costituisce un efficace strumento per neutralizzare il rischio	BASSO
E' efficace ma in minima parte	MEDIO
Non è efficace in quanto il rischio rimane indifferente	ALTO

Efficacia della trasparenza:tracciabilità del processo; diffusione (interna e/o esterna dei documenti/informazioni);completezza e chiarezza dei documenti/informazioni

Le suddette condizioni sono presenti ed attuate in maniera efficace	BASSO
Sono parzialmente presenti e da migliorare	MEDIO
Inadeguate o assenti	ALTO

Grado di attuazione delle misure di trattamento

Le misure vengono attuate	BASSO
Parzialmente attuate	MEDIO
Non vengono applicate	ALTO

Personale coinvolto nella gestione del processo

Il processo è gestito da personale con competenze specifiche e con attribuzione di Responsabilità	BASSO
Parzialmente presente il personale con competenze specifiche	MEDIO
Inadeguato o assente il personale con competenze specifiche	ALTO



Come noto l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto.

Nell'approccio qualitativo, suggerito dall'Autorità nel PNA 2019, l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici.

L'analisi dei rischi consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità ed impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

Per ciascun rischio catalogato occorre stimare il valore delle probabilità e il valore dell'impatto. I criteri da utilizzare per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio sono indicati nell' Allegato I al P.N.P.C.

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato in Istituto Clinico "Prof. Dr. R. De Blasi" s.r.l. per ridurre la probabilità del rischio (come il controllo preventivo o il controllo di gestione oppure i controlli a campione non previsti dalle norme). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di: impatto economico; impatto organizzativo; impatto reputazionale.

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto debbono essere valutati congiuntamente per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

Nella tabella di sintesi riportata nelle pagine seguenti, viene identificato il livello di rischio colorato secondo la sua gravità, come da seguente matrice.

PROBABILITÀ \ IMPATTO	RARO	POCO PROBABILE	PROBABILE	MOLTO PROBABILE	FREQUENTE
SUPERIORE	Red	Red	Red	Red	Red
SERIO	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
SOGLIA	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Red
MINORE	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
MARGINALE	Green	Green	Green	Yellow	Yellow

Ai fini della valutazione della probabilità sono stati utilizzati degli indicatori di stima del livello di rischio sopra individuati.



Tabella 5- Processi e Valutazione del Rischio

Aree di rischio			Valutazione del Rischio
Area A: Assunzione, Progressione del Personale / rilevazione presenze	1. Assunzione Personale appartenente a categorie protette o ad assunzione agevolata	<ul style="list-style-type: none">• verifica criteri legali per assunzioni categorie protette• processo di selezione• approvazione selezione• stipula contratto	
	2. Gestione delle Assunzioni del Personale	<ul style="list-style-type: none">• Verifica fabbisogno personale• Verifica modalità di selezione del personale• processo di selezione- agenzia interinale- assunzione tempo determinato- selezione pubblica• disciplinare bando e parametri di valutazione• nomina commissione giudicante• valutazione candidato• approvazione selezione• stipula contratto	
	3. Gestione dei sistemi retributivi e premianti		



Area B:	1. Negoziazione/Stipulazione e/o esecuzione di contratti per l'approvvigionamento di beni/servizi	<ul style="list-style-type: none">• Verifica fabbisogno• Verifica modalità di acquisto beni e servizi<ul style="list-style-type: none">- affidamento diretto- procedura negoziata- bando di gara Procedura di selezione fornitori beni e servizi Aggiudicazione contratti e/o forniture <ul style="list-style-type: none">• selezione del fornitore per affidamenti diretti<ul style="list-style-type: none">- nomina commissione giudicante- valutazione offerte• Verifica corretto adempimento contratto / ordine fornitori:<ul style="list-style-type: none">- verifica corrispondenza (ordine – bolla) qualitativa / quantitativa beni acquistati (collaudo/ certificato di regolare esecuzione) Collaudi attrezzature e/o macchinari secondo normativa di legge	
	2. assegnazione gestione incarichi per consulenze	<ul style="list-style-type: none">• Verifica assenza disponibilità interna personale qualificato• Selezione figure professionali• Processo di valutazione congruità corrispettivo• Processo valutazione competenza• Aggiudicazione incarico	
	3. Selezione e Gestione dei fornitori per beni e servizi (albo fornitori)	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Albo Fornitori	
	4. Pagamenti Fornitori / Consulenze	<ul style="list-style-type: none">• Verifica presupposti di legge e procedure aziendali per procedere al pagamento (Durc, Equitalia, etc.)	



<p>Area D: Rapporti con la PA e gli Organi Ispettivi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'esercizio delle attività aziendali 2. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti in materia previdenziale e assicurativa 3. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle verifiche in materia previdenziale e assicurativa 4. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione delle ispezioni in materia previdenziale e assicurativa 5. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici e gestione degli adempimenti fiscali e tributari (agenzia delle entrate ecc.) 6. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per produzione rifiuti solidi liquidi e gassosi, ovvero emissione di fumi o dell'aproduzione di inquinamento acustico/elettromagnetico 7. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per le previsioni contenute nella normativa vigente in materia di sicurezza e dell'igiene sul lavoro e del rispetto delle cautele previste da leggi e regolamenti per l'impiego di dipendenti adibiti a particolari mansioni 8. Acquisizione e/o gestione di contributi/sovvenzioni/finanziamenti concessi da soggetti pubblici 9. Gestione dei rapporti con soggetti pubblici per lo svolgimento di attività strumentali a quelle tipiche aziendali 10. Rapporti con Autorità di vigilanza relativi allo svolgimento di attività disciplinate dalla legge 		
<p>Area E Flussi Finanziari</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenuta della contabilità, redazione del bilancio di esercizio, di relazioni e comunicazioni sociali in genere, nonché relativi adempimenti di oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenuta della contabilità clienti 2. Tenuta della contabilità fornitori 3. Tesoreria 4. Redazione del bilancio di esercizio 5. Relazioni e comunicazioni sociali 6. Adempimenti oneri informativi obbligatori in base alla normativa vigente 7. Rapporti con il Sindaco Unico 8. Rapporti con le società di revisione 9. Rapporti con i soci 10. tenuta e conservazione documenti su cui i soci potrebbero esercitare controllo 11. Gestione incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni 12. Gestione flussi finanziari 	
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Rapporti con il Sindaco Unico, la Società di Revisione e il socio; redazione, tenuta e conservazione dei documenti su cui gli stessi potrebbero esercitare il controllo 		



Istituto Clinico "Prof. Dr.
R. De Blasi" s.r.l.

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

	<p>3. Gestione e delle incombenze societarie relative a operazioni sul capitale e su partecipazioni</p>		
	<p>4. Gestione e dei Flussi Finanziari</p>		
	<p>5. Gestione e di iniziative socio, culturali, omaggi, attività promozionali e pubblicitarie etc.</p>		
<p>Area F Area Legale e Contenzioso</p>	<p>- Processo decisionale a seguito accertamento non conformità esecuzione prestazione fornitore</p> <p>- Attività di recupero crediti: processo decisionale inizio attività di recupero e passaggio al legale per iniziativa giudiziaria</p>		

C.P.S.S. Centro Polidiagnostico Servizi Sanitari s.r.l.	PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
--	--

IL PIANO DI MONITORAGGIO PER L'ANNO 2022

Lo scrivente RPCT ha concordato con l'OdV di procedere congiuntamente alla attuazione del presente Piano di Monitoraggio. Le attività espletate in esecuzione del Piano di Monitoraggio saranno oggetto di verbalizzazione e quindi debitamente documentate a Libro Verbali OdV, al pari delle ulteriori attività poste in essere dal RPC / RT.

Area A Assunzione, Progressione del Personale	Procedura Rilevazione Presenze e gestione retribuzione	a campione conformità applicativa documentale	Valutazione di conformità della attività alla normativa applicabile e alle norme aziendali	2
Area B Affidamento di lavori, servizi e forniture, Conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza	Procedura Acquisti	a campione: estrazione nn°5 CIG sotto soglia euro 40.000 (ambito ove sussiste maggiore discrezionalità) e verifica conformità applicativa documentale	Valutazione di conformità della attività alla normativa applicabile e alle norme aziendali	3
	Procedura acquisti (Conferimento di incarichi di consulenza legale)	a campione conformità applicativa documentale	Valutazione di conformità della attività alla normativa applicabile e alle norme aziendali	3
Area D Rapporti con la PA (socio controllante)	Gestione informatica della reportistica della società verso il socio cotrollante	A campione conformità applicativa documentale	Valutazione di conformità della attività alla normativa applicabile e alle norme aziendali	1

Luogo e data

Il Legale Rappresentante
