

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2026–2028

Casa di Cura Cristo Re S.r.l.

INDICE

1. Premessa e ambito di applicazione
2. Quadro normativo e fonti interne
3. Sistema di governance e controlli
4. Metodologia di risk assessment
5. Matrice rischi (tabellare)
6. Catalogo delle misure
7. Sezione conflitti di interesse
8. Whistleblowing – conforme D.Lgs. 24/2023
9. Trasparenza e "Amministrazione Trasparente"
10. Piano audit e monitoraggio (2026-2028)
11. Cronoprogramma triennale
12. Indicatori di performance e soglie
13. Formazione e cultura organizzativa
14. Conclusioni e impegno dell'organo di indirizzo

1. PREMESSA E AMBITO DI APPLICAZIONE

1.1 Natura del Piano e perimetro di applicazione

Con il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026–2028, la Casa di Cura Cristo Re S.r.l. (di seguito "la Società" o "l'Ente") intende dare continuità e ulteriore consolidamento al sistema di prevenzione della corruzione e di gestione della trasparenza già delineato nel PTPCT 2024–2026.

Il Piano rappresenta uno strumento programmatico, integrato e dinamico, volto a:

Prevenire fenomeni corruttivi e di mala gestio nell'ambito delle attività svolte

Rafforzare i presidi di legalità, trasparenza e integrità

Coordinare le misure con il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001

Assicurare conformità agli obblighi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza

1.1.1 Fondamento giuridico dell'adozione del PTPCT

La Casa di Cura Cristo Re S.r.l. è una struttura sanitaria privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che eroga prestazioni di assistenza sanitaria in regime di accreditamento istituzionale.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Ambito soggettivo L. 190/2012:

L'art. 1, comma 34, della L. 190/2012 estende l'ambito di applicazione delle misure di prevenzione della corruzione a "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".

L'ANAC, con proprie delibere e linee guida, ha chiarito che l'applicazione della normativa anticorruzione si estende anche a soggetti privati che gestiscono attività di pubblico interesse, tra cui le strutture sanitarie private accreditate.

Natura dell'adozione del PTPCT:

Per la Casa di Cura Cristo Re S.r.l., l'adozione del PTPCT costituisce:

1. Adempimento volontario di best practice finalizzato al rafforzamento dei presidi di legalità già implementati con il Modello 231
2. Risposta alle indicazioni ANAC per gli enti che gestiscono attività di pubblico interesse e risorse pubbliche
3. Misura di consolidamento della governance alla luce dei riscontri positivi emersi nel procedimento ANAC del 2024-2025 (v. par. 3.2)

Perimetro cogente e perimetro volontario:

Ambito	Cogente	Volontario/Best Practice
Obblighi di trasparenza art. 41 D.Lgs. 33/2013 relativi al SSN	✓	
Misure generali anticorruzione L. 190/2012		✓
Integrazione con Modello 231/2001	✓	
Nomina RPCT e attuazione misure PTPCT		✓

La Società, pur non essendo formalmente tenuta all'integrale applicazione della L. 190/2012 come le pubbliche amministrazioni, ha scelto di adottare il presente Piano in un'ottica di compliance evoluta e responsabilità sociale, considerando:

L'utilizzo di risorse pubbliche nell'ambito dell'attività accreditata

La rilevanza pubblicistica delle funzioni svolte

La necessità di prevenire rischi corruttivi in ambiti sensibili

1.2 Ambito oggettivo

Il PTPCT si applica a tutti i processi clinico-amministrativi e di supporto che, in relazione alla normativa e alla mappatura dei rischi, risultano caratterizzati da possibili profili corruttivi, di mala gestio, di opacità o di scarsa tracciabilità.

In particolare, il Piano interessa:

- Gestione degli appalti e delle forniture

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Gestione del personale (assunzioni, incarichi, turni, progressioni)
- Gestione delle risorse finanziarie e rendicontazione verso il SSN
- Erogazione delle prestazioni sanitarie e gestione liste d'attesa
- Gestione di budget, extra-budget e DRG complessi
- Gestione del patrimonio
- Gestione dei dati sensibili e del sistema informativo (inclusi profili NIS2)
- Accesso alle prestazioni sanitarie e rapporti con pazienti/utenti
- Gestione della sicurezza informatica e supply chain ICT
- Gestione delle farmacie periferiche e delle scorte farmaceutiche
- Somministrazione delle terapie farmacologiche ai pazienti ricoverati
- Gestione della trasparenza amministrativa e sito istituzionale
- Gestione RENTRI e tracciabilità rifiuti sanitari
- Gestione protocolli in entrata e in uscita
- Prevenzione infezioni correlate all'assistenza (ICA) – igiene delle mani

1.3 Ambito soggettivo e destinatari

Il PTPCT si applica a:

- Membri degli organi sociali (CdA, Presidente, Amministratore Delegato, Sindaci)
- Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/2001
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa
- Responsabile Qualità
- Personale dipendente (a tempo indeterminato, determinato, part-time)
- Collaboratori (consulenti, liberi professionisti, collaboratori coordinati e continuativi)
- Fornitori critici (fornitori di beni e servizi che operano in aree sensibili)
- Altri soggetti che, a vario titolo, operano per conto o nell'interesse della Casa di Cura nello svolgimento di attività collegate all'erogazione di prestazioni sanitarie accreditate con il SSN

Tutti i destinatari sono tenuti a:

- Conoscere, rispettare e attuare le disposizioni del PTPCT
- Osservare il Codice Etico, il Modello 231 e le procedure interne collegate
- Segnalare tempestivamente al RPCT situazioni di illecito, conflitto di interessi o violazioni del Piano
- Collaborare con il RPCT, l'OdV e gli altri organi di controllo nelle attività di verifica e audit

1.4 Valore precettivo

Il presente PTPCT costituisce parte integrante del sistema di controllo interno, del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Ha valore precettivo fondamentale per tutti i destinatari.

La violazione delle misure contenute nel Piano:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- È rilevante ai fini disciplinari, secondo i CCNL applicabili e i regolamenti interni
- È rilevante ai fini contrattuali, potendo comportare la risoluzione di contratti di collaborazione o fornitura
- È rilevante, ove ne ricorrano i presupposti, ai fini della responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/2001 e della responsabilità penale, in coerenza con il sistema sanzionatorio del Modello 231 e con la normativa di settore
- Può comportare l'attivazione di misure cautelari (sospensione dall'incarico, revoca di deleghe, esclusione da procedure)

1.5 Durata e aggiornamento

Il PTPCT ha durata triennale (2026-2028) e aggiornamento annuale obbligatorio entro il 31 gennaio di ogni anno, sulla base:

Della Relazione annuale del RPCT

Delle risultanze degli audit e delle ispezioni

Di eventuali modifiche normative (anticorruzione, trasparenza, 231, NIS2, rifiuti, sanità)

Dei rilievi di ANAC, ASP o altre Autorità

Eventuali modifiche in corso d'anno sono adottate dal CdA su proposta del RPCT, con pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2. QUADRO NORMATIVO E FONTI INTERNE

2.1 Normativa di riferimento

Il PTPCT 2026-2028 è adottato in attuazione delle seguenti disposizioni normative:

2.1.1 Legge 6 novembre 2012, n. 190

"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

In particolare:

- Art. 1, commi 7-9: prevenzione della corruzione, nomina del RPCT, adozione del Piano
- Art. 1, comma 34: estensione degli adempimenti agli enti che gestiscono attività di pubblico interesse

2.1.2 D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (e successive modifiche)

"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Con particolare riferimento a:

- Art. 2-bis: accesso civico generalizzato

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Art. 5: obblighi di pubblicazione
- Art. 41: dati relativi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e obblighi verso strutture sanitarie private accreditate [DA APPROFONDIRE – v. par. 2.1.2.1]

2.1.3 D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231

"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica".

Il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (MOG) adottato dalla Società ai sensi del D.Lgs. 231/2001 comprende specifici presidi sui reati contro la Pubblica Amministrazione (artt. 24-25) e sui reati connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie accreditate.

Il PTPCT integra e specifica le misure del Modello 231 rispetto ai profili di rischio corruttivo.

2.1.4 D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24

"Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali" (Whistleblowing).

Il D.Lgs. 24/2023 ha sostituito l'art. 54-bis D.Lgs. 165/2001, introducendo nuove e più stringenti disposizioni su:

- Canali di segnalazione interna ed esterna
- Gestione delle segnalazioni e tempi di risposta
- Tutela del segnalante e divieto di ritorsione
- Riservatezza e protezione dei dati
- Sanzioni per violazioni

Il presente PTPCT recepisce integralmente le disposizioni del D.Lgs. 24/2023 (v. cap. 8).

2.1.5 D.Lgs. 4 settembre 2024, n. 138

"Attuazione della direttiva (UE) 2022/2555 (NIS2) relativa a misure per un livello comune elevato di cibersicurezza nell'Unione" (Recepimento Direttiva NIS2).

Inquadramento prudente e assessment in corso:

La Casa di Cura ha avviato nel 2025 un percorso di assessment e adeguamento ai requisiti introdotti dal D.Lgs. 138/2024, con formalizzazione di ruoli, istituzione di un Dossier di compliance NIS2 e prime misure tecniche e organizzative.

La qualificazione nel perimetro NIS2 (soggetto essenziale o importante) sarà gestita secondo le procedure previste dall'Autorità competente e gli eventuali adempimenti conseguenti saranno recepiti nel presente PTPCT e nel Modello 231 in sede di aggiornamento annuale.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

2.1.6 Normativa in materia di privacy e protezione dati

- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice Privacy), come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101

2.1.7 Normativa in materia di rifiuti e RENTRI

- D.Lgs. 3 settembre 2020, n. 116 (recepimento direttive UE su rifiuti)
- Istituzione del Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti (RENTRI)

La Società ha proceduto all'iscrizione al RENTRI nel 2025 e ha attivato controlli mensili sulle registrazioni (v. par. 6.3.e).

2.1.8 Ulteriori normative di settore

- Normativa nazionale e regionale in materia di accreditamento SSN
- Normativa su gestione liste d'attesa
- Normativa su appropriatezza delle prestazioni e DRG
- Normativa su sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico

Approfondimento: Obblighi trasparenza art. 41 D.Lgs. 33/2013

L'art. 41 del D.Lgs. 33/2013 prevede obblighi di pubblicazione relativi al Servizio Sanitario Nazionale e agli accordi con strutture private accreditate.

Ambito di applicazione e ripartizione degli obblighi:

L'ANAC ha chiarito che:

1. Obbligo primario delle PA/SSR: le Regioni, le ASL e gli altri enti del SSN sono i principali soggetti tenuti a pubblicare i dati relativi a:
 - o Elenco delle strutture private accreditate
 - o Accordi contrattuali e convenzioni
 - o Dati di attività e spesa
2. Obbligo delle strutture private accreditate: le strutture come la Casa di Cura Cristo Re S.r.l. sono tenute a:
 - o Pubblicare nella propria sezione "Amministrazione Trasparente" i dati relativi alla propria attività accreditata, inclusi:
 - Accordi e convenzioni con il SSN (sintesi, senza dati riservati)
 - Elenco delle prestazioni erogate in regime di accreditamento
 - Dati di attività (volumi, tipologie prestazioni) [DA COMPLETARE con verifica ANAC su quali dati specifici]

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

2.2 Linee guida e indicazioni ANAC

Il Piano tiene conto delle Linee guida ANAC per società ed enti che gestiscono attività di pubblico interesse e per gli enti del servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento a:

- Delibera ANAC n. 1134/2017: "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni"
- Delibera ANAC n. 1310/2016: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"
- PNA (Piano Nazionale Anticorruzione) e relativi aggiornamenti annuali
- Altre delibere e orientamenti ANAC su temi specifici (conflitto di interessi, whistleblowing, formazione, rotazione)

2.3 Fonti interne e documenti di riferimento

Il PTPCT si integra con i seguenti documenti interni:

- Statuto sociale
- Codice Etico aziendale
- Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 e relativi protocolli e procedure
- Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (parte integrante del presente PTPCT)
- Procedure operative e istruzioni di lavoro del Sistema Qualità
- Regolamento di gestione del personale
- Policy di sicurezza informatica e Dossier NIS2
- Politica della Qualità e Sicurezza

Tutti i dipendenti e collaboratori sono tenuti a conoscere e rispettare questi documenti.

3. SISTEMA DI GOVERNANCE E CONTROLLI

3.1 Integrazione PTPCT – Modello 231 – Sistema Qualità

La Casa di Cura Cristo Re S.r.l. ha adottato un sistema di governance integrato che coordina:

1. PTPCT 2026-2028 (prevenzione corruzione e trasparenza)
2. Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (responsabilità amministrativa)
3. Sistema di Gestione Qualità

3.1.1 Logica di integrazione

Il PTPCT costituisce allegato e parte integrante del Modello 231, con le seguenti modalità operative:

Mappatura dei rischi integrata:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- I processi a rischio corruzione mappati nel PTPCT sono coordinati con i processi sensibili del Modello 231
- Le aree di sovrapposizione (es. rapporti con PA/SSN, gestione appalti, personale) sono presidiate da misure coordinate

Protocolli e procedure unificate:

- Le procedure di prevenzione adottate valgono sia ai fini del PTPCT che del Modello 231
- Ogni procedura indica espressamente la rilevanza ai fini anticorruzione e 231

Flussi informativi coordinati:

- RPCT e OdV operano in stretto coordinamento
- I report del RPCT sono trasmessi all'OdV e viceversa
- Il CdA riceve report unificati su anticorruzione e 231

Formazione integrata:

- I piani formativi coprono simultaneamente tematiche anticorruzione, 231, qualità, trasparenza

Sistema sanzionatorio unico:

- Il sistema disciplinare del Modello 231 si applica anche alle violazioni del PTPCT
- Le sanzioni sono graduate in base alla gravità della violazione

3.1.2 Coordinamento con il Sistema Qualità

Il Responsabile Qualità:

- Pianifica gli audit interni su indicazione del RPCT e dell'OdV
- Monitora le non conformità rilevate negli audit e verifica la chiusura delle azioni correttive

3.2 Riscontri esterni e valutazioni ANAC

3.2.1 Procedimento ANAC 2024-2025: contesto e esiti

Nel corso del 2024-2025, la Casa di Cura Cristo Re S.r.l. è stata oggetto di interlocuzioni e valutazioni esterne sul sistema di governance, prevenzione della corruzione e controllo interno dell'Ente.

L'assenza di rilievi e di misure straordinarie è stata interpretata dalla Società come:

- Conferma della solidità del sistema di governance e controllo interno
- Validazione dell'impianto del PTPCT 2024-2026 e del Modello 231
- Stimolo per il consolidamento e il rafforzamento continuo delle misure

IMPORTANTE: L'esito positivo non comporta attenuazione dei presidi. Al contrario, il PTPCT 2026-2028 conferma e rafforza le misure già attuate, valorizzando il coordinamento tra RPCT, OdV, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa e Responsabile Qualità.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

3.3 Ruoli e responsabilità nella governance anticorruzione

3.3.1 Consiglio di Amministrazione (CdA)

Funzioni:

- Nomina il RPCT e ne definisce durata e condizioni dell'incarico
- Approva il PTPCT entro il 31 gennaio di ogni anno di aggiornamento
- Valuta la Relazione annuale del RPCT e adotta le conseguenti decisioni organizzative
- Assicura risorse adeguate (umane, finanziarie, strumentali) per l'attuazione delle misure di prevenzione
- Riceve i flussi informativi dal RPCT e dall'OdV
- Adotta provvedimenti disciplinari per violazioni gravi del PTPCT, su proposta del RPCT

Responsabilità:

In caso di inerzia nell'adozione di misure correttive proposte dal RPCT o di mancato supporto al RPCT, il CdA può incorrere in responsabilità per colpa in vigilando.

3.3.2 Compiti del RPCT

Il RPCT ha poteri di vigilanza, proposta e coordinamento sull'attuazione effettiva delle misure anticorruzione. I compiti sono:

A) Elaborazione e aggiornamento del PTPCT

- Elabora e propone al CdA il PTPCT e i successivi aggiornamenti annuali
- Effettua la mappatura dei rischi e individua le misure di prevenzione
- Propone modifiche organizzative, procedurali e di controllo

B) Coordinamento e monitoraggio

- Coordina la mappatura dei rischi, la pianificazione delle misure e il monitoraggio del Piano
- Assicura integrazione con il Modello 231, con il Programma Trasparenza e con il sistema degli audit interni
- Definisce il piano annuale di audit su aree a rischio, in coordinamento con OdV e Responsabile Qualità

C) Gestione e tutela delle segnalazioni (whistleblowing)

- Gestisce le segnalazioni di illecito, garantendo anonimato e riservatezza del segnalante
- Valuta le segnalazioni, dispone approfondimenti istruttori e propone misure correttive
- Mantiene il registro riservato delle segnalazioni

D) Flussi informativi e reporting

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Cura i flussi informativi verso OdV, CdA e, ove previsto, verso le Autorità competenti e l'ASP
- Predisponde report trimestrali per OdV e CdA sullo stato di attuazione del PTPCT
- Redige la Relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta

E) Verifiche specifiche su aree a rischio

- Svolge verifiche specifiche su aree a rischio medio-alto, come documentato nella Relazione 2025:
 - Budget e extra-budget
 - Sicurezza informatica/NIS2
 - Farmacie periferiche
 - Somministrazione terapie
 - Protocolli documentali
 - RENTRI e rifiuti sanitari
 - Igiene delle mani (ICA)
 - Trasparenza sito web

F) Formazione

- Definisce il piano di formazione anticorruzione e individua i soggetti destinatari

G) Responsabile della Trasparenza

La funzione di Responsabile della Trasparenza coincide con il RPCT, che:

- Coordina le misure del Programma Triennale per la Trasparenza
- Verifica completezza, aggiornamento e accessibilità della sezione "Amministrazione Trasparente"
- Gestisce l'accesso civico semplice e generalizzato in relazione alle attività di assistenza sanitaria accreditata
- Monitora gli obblighi di pubblicazione

3.3.3 Autonomia e indipendenza del RPCT

Il RPCT opera con autonomia e indipendenza rispetto agli organi di gestione.

Garanzie organizzative:

- Accesso diretto e senza filtri al CdA e all'Assemblea dei Soci
- Possibilità di richiedere informazioni a qualsiasi funzione aziendale
- Partecipazione alle riunioni del CdA quando trattati temi rilevanti per anticorruzione
- Risorse dedicate per l'espletamento delle funzioni

Tutele:

- Divieto di demansionamento o discriminazione
- Protezione da ritorsioni per l'esercizio delle funzioni
- Comunicazione obbligatoria all'ANAC in caso di revoca o contestazioni disciplinari

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

3.3.4 Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/2001 (OdV)

Composizione e funzioni:

L'OdV della Casa di Cura Cristo Re S.r.l. è monocratico

Compiti:

- Vigila sul funzionamento e sull'osservanza del Modello 231
- Riceve i flussi informativi dal RPCT e dalle funzioni aziendali
- Svolge controlli mirati sulle aree a rischio 231 e corruttivo
- Valuta l'efficacia delle misure del Modello 231 e del PTPCT
- Formula proposte di aggiornamento al CdA

Coordinamento RPCT-OdV:

RPCT e OdV operano in stretto coordinamento:

- Scambio sistematico di informazioni e report
- Partecipazione congiunta ad audit su aree critiche
- Allineamento su proposte di modifica organizzativa
- Condivisione delle risultanze di segnalazioni e verifiche

3.3.5 Direzione Sanitaria

Responsabile: Direttore Sanitario

Compiti in materia anticorruzione:

- Presidia i processi clinici a rischio:
 - Liste di attesa
 - Appropriatazza clinica
 - DRG complessi
 - Prevenzione infezioni correlate all'assistenza (ICA)
 - Gestione farmaci e protocolli terapeutici
 - Somministrazione terapie
 - Igiene delle mani
- Attua le azioni correttive individuate dal RPCT a seguito di audit
- Collabora con RPCT nella definizione di protocolli clinici standardizzati
- Fornisce flussi informativi periodici al RPCT su attività cliniche sensibili

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

3.3.6 Direzione Amministrativa

La Direzione Amministrativa è individuata nella figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in coerenza con l'orientamento ANAC che raccomanda la scelta del RPCT tra i dirigenti dotati di adeguata posizione gerarchica, conoscenza dell'organizzazione e autonomia valutativa.

In considerazione del fatto che la Direzione Amministrativa presidia processi connessi alla gestione di risorse economico-finanziarie e di contratti, la Casa di Cura ha valutato i possibili profili di conflitto di interessi e ha ritenuto che essi possano essere adeguatamente prevenuti e gestiti attraverso:

- la tracciabilità scritta dei pareri e delle verifiche rese dal RPCT su processi amministrativi di propria competenza;
- il coinvolgimento del Consiglio di Amministrazione / Amministratore Delegato quale soggetto di ultima valutazione nei casi in cui il RPCT segnali criticità riguardanti strutture da lui stesso dirette;
- la previsione, nel presente Piano, della facoltà di astensione del RPCT e della nomina caso per caso di un soggetto terzo, designato dal CdA, per la trattazione di singole questioni nelle quali emerga un conflitto di interessi concreto.

Compiti in materia anticorruzione:

- Presidia i processi amministrativi a rischio:
 - Bilancio e budget
 - Rapporti con ASP e SSR
 - Gestione contratti e fornitori
 - Appalti
 - Protocolli documentali
 - Rifiuti e RENTRI
 - Sicurezza informatica e NIS2
- Assicura l'implementazione delle misure di prevenzione
- Cura la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente"

3.3.7 Responsabile Qualità

Compiti in materia anticorruzione:

- Pianifica gli audit interni su indicazione del RPCT e dell'OdV
- Collabora con RPCT e OdV per l'aggiornamento di procedure e istruzioni operative
- Monitora le non conformità e verifica la chiusura delle azioni correttive

3.3.8 Personale dipendente, collaboratori e fornitori critici

Tutti i destinatari del PTPCT sono tenuti a:

1. Osservare il PTPCT, il Codice Etico, il Modello 231 e le procedure interne
2. Segnalare eventuali illeciti o conflitti di interesse al proprio responsabile e/o al RPCT
3. Collaborare con il RPCT, l'OdV e gli organi di controllo nelle attività di verifica

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

4. Sottoscrivere dichiarazioni di assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione agli incarichi svolti
5. Partecipare alle attività formative programmate

Responsabilità:

La violazione dei doveri di cui sopra comporta responsabilità disciplinare, contrattuale e, ove ne ricorrano i presupposti, penale e amministrativa (ex D.Lgs. 231/2001).

3.4 Sistema dei controlli interni e ruolo degli audit

Il sistema dei controlli interni si articola in tre livelli:

3.4.1 Controlli di primo livello

Sono i controlli quotidiani svolti dai responsabili di funzione e dai coordinatori operativi nell'ambito delle proprie competenze:

- Verifica del rispetto delle procedure operative
- Controllo della tracciabilità documentale
- Supervisione delle attività dei collaboratori

3.4.2 Controlli di secondo livello

Sono i controlli di conformità svolti da funzioni specialistiche:

- RPCT: audit anticorruzione, verifiche su aree sensibili
- Responsabile Qualità: audit di sistema, verifiche di conformità a standard ISO
- Responsabile Privacy (DPO): controlli su trattamenti dati personali
- Referente CSIRT (NIS2): controlli su sicurezza informatica

3.4.2 Controlli di terzo livello

Sono i controlli di assurance svolti da:

- Organismo di Vigilanza 231: verifiche sull'efficacia del Modello 231 e del PTPCT
- Collegio Sindacale: controlli su regolarità amministrativa e contabile
- Enti esterni: ispezioni ASP, ANAC, NAS, altre Autorità

3.4.3 Audit interni anticorruzione

Gli audit interni rappresentano uno strumento fondamentale di prevenzione e costituiscono misura consolidata del sistema anticorruzione.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Pianificazione:

- Il RPCT, anche in coordinamento con l'OdV e le funzioni competenti, programma e svolge nel corso dell'anno attività di monitoraggio e verifica sulle aree a rischio, secondo criteri di proporzionalità e in relazione alle priorità emerse.
- Le attività sono tracciate mediante verbali, note e relazioni e confluiscono nella Relazione annuale del RPCT.

Esecuzione:

- Gli audit sono condotti da team multidisciplinari (RPCT, Responsabile Qualità, referenti di area, eventuale rappresentante OdV o Sindaci)
- Ogni audit è formalizzato in verbale scritto contenente:
 - Oggetto e perimetro dell'audit
 - Metodologia e campioni verificati
 - Risultanze (conformità e non conformità)
 - Azioni correttive proposte
 - Responsabili e tempistiche di attuazione

Follow-up:

- Le azioni correttive sono monitorate dal RPCT
- Entro i termini stabiliti, viene verificata la chiusura delle non conformità
- In caso di mancata attuazione, si avvia escalation verso il CdA

Evidenze documentali 2025:

Nel 2025 sono stati svolti audit documentati su:

- Farmacie periferiche (con verbali formali, partecipazione del Sindaco a uno degli audit)
- Somministrazione terapie nel reparto di riabilitazione
- Gestione protocolli in entrata/uscita (verifica 31.03.2025, esito positivo)
- Trasparenza sito web (verifica e segnalazione 30.05.2025)
- RENTRI e rifiuti sanitari (controlli mensili da luglio 2025)
- Igiene delle mani (audit per turni, azioni correttive DS)

Questi audit sono stati formalizzati e costituiscono la base delle nuove aree di rischio mappate nel presente PTPCT

4. METODOLOGIA DI RISK ASSESSMENT

4.1 *Approccio metodologico*

La Casa di Cura Cristo Re S.r.l. adotta una metodologia strutturata di risk assessment per l'identificazione, valutazione e gestione dei rischi corruttivi, in linea con le indicazioni ANAC e le best practice internazionali di gestione del rischio.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

L'approccio si articola nelle seguenti fasi:

Fase 1: Mappatura dei processi

Identificazione di tutti i processi aziendali (clinici, amministrativi, di supporto) potenzialmente esposti a rischi corruttivi

Fase 2: Identificazione degli eventi rischiosi

Per ciascun processo, individuazione degli eventi corruttivi che potrebbero verificarsi

Fase 3: Analisi dei fattori abilitanti

Identificazione dei fattori organizzativi, procedurali o comportamentali che potrebbero facilitare il verificarsi dell'evento rischioso

Fase 4: Valutazione del rischio inerente

Stima del rischio in assenza di misure di controllo, sulla base di:

- Probabilità di accadimento (bassa, media, alta)
- Impatto potenziale (basso, medio, alto)

Fase 5: Analisi dei controlli esistenti

Identificazione e valutazione dell'efficacia dei controlli già in atto

Fase 6: Valutazione del rischio residuo

Stima del rischio dopo l'applicazione dei controlli esistenti

Fase 7: Trattamento del rischio

Definizione delle misure di prevenzione da implementare per ridurre ulteriormente il rischio residuo

Fase 8: Monitoraggio e riesame

Verifica periodica dell'efficacia delle misure e aggiornamento della valutazione dei rischi

4.2 Criteri di valutazione del rischio

4.2.1 Probabilità di accadimento

La probabilità che l'evento corruttivo si verifichi è valutata sulla base dei seguenti indicatori:

Livello	Descrizione	Criteri
BASSA (1)	Evento poco probabile - Controlli stringenti già in atto	

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Livello	Descrizione	Criteri
MEDIA (2)	Evento possibile	<ul style="list-style-type: none"> - Procedura formalizzata e rispettata - Elevata trasparenza - Bassa discrezionalità - Nessun precedente negli ultimi 5 anni - Controlli parziali - Procedura esistente ma non sempre applicata - Trasparenza migliorabile - Discrezionalità moderata - Precedenti isolati o in strutture simili - Controlli assenti o inefficaci - Procedura assente o non rispettata
ALTA (3)	Evento probabile	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa trasparenza - Elevata discrezionalità - Precedenti documentati

4.2.2 Impatto potenziale

L'impatto dell'evento corruttivo è valutato considerando le seguenti dimensioni:

Dimensione	Indicatori
Economico-finanziario	Perdite economiche dirette, sanzioni, risarcimenti
Reputazionale	Danno d'immagine, perdita di fiducia, copertura mediatica negativa
Organizzativo	Inefficienze, interruzioni operative, demotivazione personale
Legale	Procedimenti penali, amministrativi, revoca accreditamento

Livello	Descrizione	Criteri
BASSO (1)	Impatto limitato	<ul style="list-style-type: none"> - Perdite economiche < 10.000 € - Danno reputazionale locale e contenibile - Impatto organizzativo marginale - Sanzioni amministrative minori
MEDIO (2)	Impatto moderato	<ul style="list-style-type: none"> - Perdite economiche 10.000 - 50.000 € - Danno reputazionale rilevante - Impatto organizzativo significativo - Sanzioni amministrative rilevanti
ALTO (3)	Impatto grave	<ul style="list-style-type: none"> - Perdite economiche > 50.000 € - Danno reputazionale grave e duraturo - Impatto organizzativo severo - Procedimenti penali, rischio revoca accreditamento

4.2.3 Valutazione del rischio residuo

Dopo aver identificato i controlli esistenti, il rischio residuo è valutato considerando:

1. Efficacia dei controlli: i controlli sono adeguati e funzionano effettivamente?
2. Copertura: i controlli coprono tutti i fattori abilitanti?

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

4.3 Fattori abilitanti

I principali fattori che possono facilitare fenomeni corruttivi sono:

1. Elevata discrezionalità nelle decisioni
2. Scarsa trasparenza dei processi e delle decisioni
3. Assenza o inadeguatezza di procedure formalizzate
4. Scarsa tracciabilità documentale
5. Conflitti di interesse non dichiarati o non gestiti
6. Rapporti diretti e non monitorati con PA o fornitori
7. Mancanza di segregazione tra funzioni autorizzative, esecutive e di controllo
8. Carenza di formazione del personale
9. Inadeguatezza dei controlli (assenza, inefficacia, incoerenza)
10. Pressioni indebite (budget, tempi, performance)
11. Complessità normativa e incertezza interpretativa
12. Contesto esterno (pressioni politiche, contesto territoriale, concorrenza)

4.4 Indicatori di rischio (KRI - Key Risk Indicators)

Per ciascuna area di rischio, sono individuati indicatori quantitativi e qualitativi che segnalano l'evoluzione del rischio:

Esempi di KRI:

Area appalti:

- N. fornitori ricorrenti senza evidenza di rotazione competitiva
- % procedure negoziate vs procedure aperte
- N. richieste di modifica contrattuale post-aggiudicazione
- N. reclami o segnalazioni su procedure di acquisto

Area personale:

- % assunzioni senza procedura comparativa
- N. promozioni/progressioni senza valutazione formalizzata
- N. dichiarazioni conflitto interessi non presentate
- Turnover anomalo in aree sensibili

Area budget/DRG:

- Scostamento % produzione vs budget
- % extra-budget non deliberato
- Tasso DRG ad alta complessità vs media regionale
- N. contestazioni ASP su appropriatezza

Area farmaci:

- N. incongruenze giacenze fisiche vs registrazioni

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- N. farmaci scaduti rilevati in audit
- Frequenza audit farmacie periferiche

Area NIS2:

- N. incidenti informatici significativi/anno
- Tempo medio di risposta a incidenti
- N. accessi remoti non tracciati

Area trasparenza:

- N. sezioni "Amministrazione Trasparente" non aggiornate
- N. richieste accesso civico evase in ritardo
- N. rilievi esterni su trasparenza

4.5 Soglie di allerta e azioni correttive

Per ciascun indicatore sono definite soglie di allerta che, se superate, attivano automaticamente:

1. Verifica approfondita da parte del RPCT
2. Audit straordinario sull'area interessata
3. Report al CdA con proposta di misure correttive
4. Aggiornamento del Piano in sede di revisione annuale

4.6 Aggiornamento della mappatura dei rischi

La mappatura dei rischi è dinamica e viene aggiornata:

1. Annualmente in occasione della revisione del PTPCT
2. Ad evento in caso di:
 - Modifiche organizzative significative
 - Introduzione di nuovi processi o servizi
 - Cambiamenti normativi rilevanti
 - Emersione di nuovi rischi da audit, segnalazioni o ispezioni esterne
 - Eventi corruttivi o tentativi rilevati

Responsabilità:

L'aggiornamento è curato dal RPCT con il supporto di:

- Direzione Sanitaria e Amministrativa (per aspetti di competenza)
- Responsabile Qualità (per aspetti di processo)
- OdV (per coordinamento con Modello 231)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

4.7 Fonti informative per il risk assessment

Le principali fonti utilizzate per la valutazione dei rischi sono:

Fonti interne:

- Verbali di audit interni
- Segnalazioni whistleblowing
- Non conformità rilevate dal Sistema Qualità
- Relazioni OdV
- Reclami e segnalazioni pazienti/utenti
- Dati gestionali e KPI aziendali

Fonti esterne:

- Linee guida e delibere ANAC
- Report di ispezioni ASP, NAS, altre Autorità
- Giurisprudenza in materia di corruzione sanitaria
- Best practice di settore
- Analisi di casi di corruzione in strutture sanitarie simili

Consultazione degli stakeholder:

- Interviste con responsabili di funzione
- Focus group con personale operativo
- Questionari di autovalutazione

5. MATRICE RISCHI (TABELLARE)

5.1 Premessa metodologica

La presente matrice costituisce il cuore operativo del PTPCT, traducendo l'analisi qualitativa dei rischi in uno strumento strutturato e misurabile.

Per ciascun processo sensibile sono indicati:

- Evento rischio: comportamento o situazione corruttiva potenziale
- Fattori abilitanti: elementi organizzativi che facilitano il rischio
- Controlli esistenti (2025): presidi già attivi
- Rischio inerente: valutazione senza controlli (scala 1-9)
- Rischio residuo: valutazione con controlli esistenti (scala 1-9)
- Misure 2026-2028: ulteriori azioni di prevenzione da implementare
- Owner: responsabile dell'attuazione delle misure
- Evidenze attese: documentazione che attesta l'attuazione
- Frequenza controllo: periodicità delle verifiche
- Escalation: a chi segnalare in caso di superamento soglie

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

5.2 MATRICE RISCHI - PROCESSI CRITICI

PROCESSO 1: GESTIONE APPALTI E FORNITURE

Elemento	Descrizione
Processo	Selezione fornitori, affidamento contratti, gestione ordini, pagamenti
Evento rischio	Favoritismi nella scelta dei fornitori; conflitti di interesse; tangenti/patti corruttivi; sovrapprezzamenti; frazionamento indebito contratti; alterazione procedure comparative
Fattori abilitanti	Elevata discrezionalità nella scelta; rapporti diretti non tracciati; assenza rotazione fornitori; mancanza segregazione funzioni; pressioni su tempi/costi; procedure non formalizzate
Controlli esistenti (2025)	Procedure di selezione trasparenti; doppia firma su ordini rilevanti; audit periodici su acquisti; verifica requisiti fornitori; tracciabilità decisioni tramite sistema informatico
Rischio inerente	6 (Probabilità: MEDIA x Impatto: MEDIO)
Rischio residuo	4 (controlli parziali, -2 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Check list obbligatorie per ogni procedura di scelta fornitore 2) Verifica annuale RPCT+OdV su rotazione fornitori con report a CdA 3) Dichiarazioni assenza conflitto interessi per commissioni valutazione 4) Segregazione funzioni: proponente ≠ autorizzante ≠ liquidante 5) Formazione biennale responsabili acquisti su anticorruzione
Owner	Direzione Amministrativa + RPCT
Evidenze attese	Check list compilate e archiviate; verbali audit RPCT; dichiarazioni conflitto interessi; report annuale rotazione fornitori; registri formazione
Soglia Rischio	<ul style="list-style-type: none"> • % fornitori ricorrenti > 3 anni senza gara (soglia: max 20%) • N. procedure con commissione senza dichiarazione conflitti (soglia: 0) • N. frazionamenti indebiti rilevati (soglia: 0)
Frequenza controllo	Semestrale (RPCT) + audit annuale
Escalation	Superamento soglie → report immediato CdA + audit straordinario

PROCESSO 2: GESTIONE DEL PERSONALE

Elemento	Descrizione
Processo	Assunzioni, selezioni, conferimento incarichi, promozioni, valutazione performance, gestione turni
Evento rischio	Nepotismo; favoritismi in assunzioni/promozioni; gestione non corretta incarichi/turni per favorire singoli; assunzioni senza requisiti; falsificazione titoli
Fattori abilitanti	Discrezionalità elevata; procedure non formalizzate; assenza griglie valutazione oggettive; mancata verifica titoli; conflitti interesse non dichiarati
Controlli esistenti (2025)	Regolamenti interni; procedure formalizzate per selezione/assunzione; verifica titoli presso Ordini/Università; acquisizione dichiarazioni incompatibilità e conflitto interessi
Rischio inerente	6 (Probabilità: MEDIA x Impatto: MEDIO)
Rischio residuo	4 (controlli parziali, -2 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Requisiti oggettivi e griglie valutazione per assunzioni/progressioni 2) Tracciabilità completa decisioni (verbali commissioni) 3) Verifiche periodiche titoli presso Ordini/Università con registrazione controlli 4) Formazione biennale obbligatoria responsabili su conflitto interessi

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Owner	5) Audit annuale RPCT su procedure HR Direzione Sanitaria + Amministratore Delegato + RPCT
Evidenze attese	Griglie valutazione compilate; verbali commissioni; registri verifiche titoli; attestati formazione; verbali audit
Soglia Rischio	<ul style="list-style-type: none"> • % assunzioni senza procedura comparativa (soglia: 0%) • N. verifiche titoli effettuate/N. assunzioni (soglia: 100%) • N. dichiarazioni conflitto interessi non presentate (soglia: 0)
Frequenza controllo	Annuale (RPCT)
Escalation	Superamento soglie → audit straordinario + segnalazione CdA

PROCESSO 3: GESTIONE RISORSE FINANZIARIE, BUDGET, DRG COMPLESSI ED EXTRA-BUDGET

Elemento	Descrizione
Processo	Predisposizione budget, rendicontazione verso SSN/ASP, gestione extra-budget, codifica DRG, fatturazione prestazioni accreditate
Evento rischio	Irregolarità nella rendicontazione prestazioni; falsi o incompleti dati economico-produttivi; uso distorto extra-budget; up-coding DRG; fatturazioni indebite; appropriazione risorse pubbliche
Fattori abilitanti	Complessità normativa; pressioni su performance economiche; discrezionalità codifica; scarsa tracciabilità decisioni extra-budget; controlli ASP non sistematici
Controlli esistenti (2025)	Verifica RPCT su Relazione avanzamento budget 2025; controllo coerenza produzione/budget/extra-budget; deliberazione formale CdA per decisioni extra-budget significative; tracciabilità scelte strategiche
Rischio inerente	9 (Probabilità: ALTA x Impatto: ALTO)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Conferma attività vigilanza RPCT su Relazione budget annuale 2) Obbligo delibera CdA per scenari extra-budget significativi con istruttoria tecnico-economica e anticorruzione allegata 3) Indicatori oggettivi monitoraggio (produzione/budget, tasso DRG complessi, scostamenti triennio) 4) Report annuale RPCT su coerenza budget-produzione-extra-budget 5) Audit congiunto RPCT-DS su appropriatezza DRG campione
Owner	Direzione Amministrativa + Direzione Sanitaria + RPCT
Evidenze attese	Relazione budget RPCT; delibere CdA con istruttoria; report annuale RPCT; verbali audit appropriatezza
Soglia Rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Scostamento % produzione/budget • % extra-budget non deliberato (soglia: 0%) • Tasso DRG alta complessità vs media regionale (soglia: max +40%) • N. contestazioni ASP su appropriatezza (soglia: max 10 anno)
Frequenza controllo	Trimestrale (monitoraggio indicatori) + audit annuale
Escalation	Superamento soglie critiche → report immediato CdA + audit straordinario + informativa

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

PROCESSO 4: GESTIONE FARMACIE PERIFERICHE E SCORTE FARMACEUTICHE

Elemento	Descrizione
Processo	Approvvigionamento farmaci, stoccaggio, distribuzione ai reparti, gestione scorte periferiche, registrazione movimenti, smaltimento scaduti
Evento rischio	Incongruenze giacenze fisiche/registrazioni; presenza farmaci scaduti; uso improprio/dispersione medicinali; appropriazione indebita; carenze gestione rifiuti sanitari speciali
Fattori abilitanti	Scarsa tracciabilità movimenti; controlli insufficienti su scorte periferiche; responsabilità frammentate; accesso non controllato; procedure non formalizzate
Controlli esistenti (2025)	Audit ripetuti 2025 con verbali formali; partecipazione Sindaco a uno degli audit; emersione criticità operative; proposizione azioni correttive organizzative e procedurali [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	9 (Probabilità: ALTA x Impatto: MEDIO-ALTO)
Rischio residuo	6 (controlli rafforzati 2025, -3 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programma triennale audit farmacie periferiche (min 4/anno, due a sorpresa) 2) Registri standardizzati reparto per carico/scarico farmaci 3) Check mensili riconciliazione scorte fisiche/registrazioni con firma responsabile reparto + verifica campione Magazziniere 4) Report semestrale RPCT su esiti audit con criticità sistemiche e azioni correttive 5) Procedura gestione farmaci scaduti con tracciabilità smaltimento
Owner	Direzione Sanitaria + Magazziniere + RPCT
Evidenze attese	Verbali audit (min 4/anno); registri carico/scarico coerenti; check mensili firmati; report semestrali RPCT; procedure formalizzate
KPI + Soglia	<ul style="list-style-type: none"> • N. incongruenze giacenze rilevate in audit (soglia: max 3/anno) • N. farmaci scaduti trovati in reparti (soglia: 0) • % farmacie periferiche auditate/anno (soglia: min 100%) • Tempo medio chiusura azioni correttive (soglia: max 30 gg)
Frequenza controllo	Audit semestrale + check mensili + report semestrale RPCT
Escalation	Superamento soglie critiche → audit straordinario + report CdA + coinvolgimento OdV

PROCESSO 5: SOMMINISTRAZIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE AI PAZIENTI RICOVERATI

Elemento	Descrizione
Processo	Prescrizione terapie, preparazione, somministrazione, controllo assunzione, registrazione, gestione rifiuti/non assunzioni
Evento rischio	Carenze controllo effettiva assunzione; difformità rispetto protocolli assistenziali; mancata tracciabilità somministrazioni; rischi per sicurezza paziente; potenziali profili responsabilità organizzativa Ente
Fattori abilitanti	Procedure non formalizzate; responsabilità poco chiare; scarsa tracciabilità; controlli insufficienti; carico lavoro elevato; formazione inadeguata
Controlli esistenti (2025)	Intervento RPCT 2025 a seguito segnalazione Responsabile Qualità; audit nel reparto riabilitazione; interlocuzioni con pazienti ricoverati; formalizzazione risultati; condivisione con OdV e DS [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	9 (Probabilità: ALTA x Impatto: ALTO)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Rischio residuo	6 (intervento 2025, -3 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Formalizzazione entro 2026 procedura organizzativa somministrazione terapie (responsabilità, modalità controllo assunzione, tracciabilità, gestione anomalie) 2) Audit annuali RPCT+DS+RQ su almeno un reparto a rotazione con verbali e azioni correttive 3) Verifica efficacia azioni correttive a 6-12 mesi 4) Integrazione risultanze audit nel sistema 231 per valutazione profili rischio organizzativo 5) Formazione specifica personale infermieristico
Owner	Direzione Sanitaria + RPCT + Responsabile Qualità
Evidenze attese	<p>Procedura somministrazione terapie approvata; verbali audit annuali; evidenze follow-up; report integrazione 231; registri formazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedura somministrazione formalizzata (soglia: entro 30.06.2026) • N. audit effettuati/anno (soglia: min 1) • % reparti auditati nel triennio (soglia: 100%) • N. non conformità gravi rilevate (soglia: max 2/audit)
KPI + Soglia	
Frequenza controllo	Audit annuale + follow-up semestrale
Escalation	Non conformità gravi → report immediato CdA + OdV + piano azioni correttive urgenti

PROCESSO 6: GESTIONE SICUREZZA INFORMATICA E ADEGUAMENTO NIS2

Elemento	Descrizione
Processo	Gestione infrastrutture ICT, sicurezza dati, backup, accessi remoti, supply chain ICT, gestione incidenti cyber
Evento rischio	Inadeguata governance cyber; gestione non trasparente supply chain ICT; affidamento eccessivo a fornitori senza controlli; accessi remoti non tracciati; incidenti informatici con impatto su continuità servizi sanitari; possibili responsabilità
Fattori abilitanti	Complessità tecnica; dipendenza da fornitori esterni; assenza ruoli ICT interni chiari; procedure non formalizzate; investimenti insufficienti; mancanza competenze specialistiche
Controlli esistenti (2025)	Avvio processo NIS2 2025; richieste AD per innalzare sicurezza collegamenti remoti; relazione tecnica fornitore; definizione ruoli ICT interni; nomina Referente CSIRT; istituzione Dossier NIS2; flussi informativi OdV e CdA [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	9 (Probabilità: ALTA x Impatto: ALTO)
Rischio residuo	6 (azioni avviate 2025, -3 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Completamento entro 2026 modello organizzativo NIS2 (ruoli ICT, policy sicurezza, gestione incidenti, gestione accessi remoti, logging, segmentazione rete) 2) Mantenimento Dossier NIS2 a cura RPCT (atti governance, relazioni tecniche, log incidenti, report audit) 3) Audit annuale RPCT+DA+Referente CSIRT su sicurezza collegamenti remoti, gestione fornitori ICT, tracciabilità accessi 4) Aggiornamento Modello 231 entro 2027 per includere rischi cyber servizi sanitari essenziali 5) Formazione continua personale ICT e utenti

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Owner	Direzione Amministrativa + Referente CSIRT + RPCT
Evidenze attese	Modello organizzativo NIS2 approvato; Dossier NIS2 aggiornato; verbali audit annuali; Modello 231 aggiornato; registri formazione
Soglia Rischio	<ul style="list-style-type: none"> • Modello NIS2 completato (soglia: entro 31.12.2026) • N. incidenti informatici significativi/anno (soglia: max 2) • Tempo medio risposta incidenti (soglia: max 24h) • % accessi remoti fornitori tracciati (soglia: 100%) • Modello 231 aggiornato rischi cyber (soglia: entro 30.06.2027)
Frequenza controllo	Audit annuale + monitoraggio continuo incidenti + report trimestrale
Escalation	Incidente grave → attivazione immediata CSIRT + report CdA/OdV entro 24h + eventuale notifica Autorità

PROCESSO 7: GESTIONE TRASPARENZA AMMINISTRATIVA E SITO ISTITUZIONALE

Elemento	Descrizione
Processo	Gestione sezione "Amministrazione Trasparente", pubblicazione dati obbligatori, gestione accesso civico, aggiornamento contenuti
Evento rischio	Incompletezza o difficoltà accesso informazioni pubblicate; non piena conformità obblighi trasparenza; impatto reputazionale; sanzioni ANAC
Fattori abilitanti	Scarsa chiarezza obblighi applicabili; procedure aggiornamento non formalizzate; responsabilità frammentate; dipendenza da gestore tecnico sito; controlli insufficienti
Controlli esistenti (2025)	Verifica RPCT su sito 2025; rilievo criticità su accessibilità, aggiornamento, reperibilità contenuti; segnalazione formale 30.05.2025 all'AD; avvio attività adeguamento [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	6 (Probabilità: MEDIA x Impatto: MEDIO)
Rischio residuo	4 (azioni avviate 2025, -2 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aggiornamento strutturale sezione "Amministrazione Trasparente" con mappatura puntuale obblighi applicabili (v. par. 9.2) 2) Verifica semestrale RPCT su completezza, aggiornamento, navigabilità con report scritto ad AD 3) AD dispone interventi tecnici gestore portale 4) Istituzione registro richieste accesso civico con report annuale in Relazione RPCT 5) Procedura formalizzata gestione accesso civico (tempi, responsabili, motivi esclusione)
Owner	RPCT + Direzione Amministrativa + Gestore tecnico sito
Evidenze attese	Sezione "Amministrazione Trasparente" aggiornata; verbali verifica semestrale RPCT; segnalazioni scritte ad AD; registro accesso civico; procedura formalizzata
KPI + Soglia	<ul style="list-style-type: none"> • N. sezioni obbligatorie mancanti/incomplete (soglia: 0) • N. richieste accesso civico evase in ritardo (soglia: 0) • N. verifiche RPCT effettuate/anno (soglia: min 2) • N. rilievi esterni su trasparenza (soglia: 0)
Frequenza controllo	Semestrale (verifica RPCT) + monitoraggio continuo accesso civico
Escalation	Rilievi esterni o ritardi ripetuti → audit straordinario + report CdA + piano interventi urgenti

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

PROCESSO 8: GESTIONE RENTRI E TRACCIABILITÀ RIFIUTI SANITARI

Elemento	Descrizione
Processo	Iscrizione RENTRI, registrazione carico/scarico rifiuti sanitari, gestione tempistiche, rapporti con gestore rifiuti, controlli conformità
Evento rischio	Inadempienze iscrizione/gestione RENTRI; irregolarità tempistiche registrazione; rischi sanzionatori amministrativi; impatto reputazionale
Fattori abilitanti	Novità normativa; complessità adempimenti; dipendenza da gestore esterno; procedure non consolidate; controlli insufficienti
Controlli esistenti (2025)	Iscrizione RENTRI seguita da RPCT 2025; verifica registrazioni; richiesta chiarimenti gestore rifiuti; rilievo trasmissioni cumulative; attivazione da luglio 2025 controllo mensile documentato su registrazioni e tempistiche [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	6 (Probabilità: MEDIA x Impatto: MEDIO)
Rischio residuo	3 (controlli attivati 2025, -3 punti)
Misure 2026-2028	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mantenimento controllo mensile documentato su registrazioni RENTRI (tempistiche, numeri documento) a cura ufficio amministrativo + verifica RPCT 2) Audit annuale congiunto RPCT-DS-gestore rifiuti su completezza registrazioni, correttezza codifiche, conformità scadenze 3) Conservazione documentazione RENTRI in fascicolo dedicato 4) Procedura formalizzata gestione RENTRI (responsabilità, flussi, tempistiche, controlli) 5) Formazione specifica personale coinvolto
Owner	Direzione Amministrativa + Direzione Sanitaria + RPCT
Evidenze attese	Check mensili documentati; verbali audit annuali; fascicolo RENTRI; procedura formalizzata; registri formazione
KPI + Soglia	<ul style="list-style-type: none"> • N. registrazioni fuori termine (soglia: max 2/anno) • % check mensili effettuati (soglia: 100%) • N. non conformità rilevate in audit (soglia: max 3/anno) • N. sanzioni amministrative (soglia: 0)
Frequenza controllo	Mensile (check) + audit annuale
Escalation	Sanzioni o non conformità gravi → report immediato CdA + piano azioni correttive urgenti

PROCESSO 9: GESTIONE PROTOCOLLI DOCUMENTALI (ENTRATA/USCITA)

Elemento	Descrizione
Processo	Protocollazione documenti in entrata/uscita, registrazione, archiviazione, gestione flussi documentali
Evento rischio	Incompletezza registrazioni; protocollazione tardiva o inesatta; perdita tracciabilità flussi documentali; possibili contenziosi; difficoltà reperimento atti
Fattori abilitanti	Procedure non pienamente formalizzate; carico lavoro elevato; errori umani; formazione insufficiente; controlli non sistematici
Controlli esistenti (2025)	Verifica RPCT 31.03.2025 su gestione protocolli 2024; esito positivo; raccomandazione mantenimento formazione, attenzione, controlli periodici [EVIDENZE DA RELAZIONE

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
	RPCT 2025]
Rischio inerente	4 (Probabilità: MEDIA x Impatto: BASSO)
Rischio residuo	2 (controlli adeguati, -2 punti)
Misure 2026-2028	1) Conferma verifica annuale RPCT su gestione protocolli con campionamento documenti, controllo tempistiche, completezza dati, archiviazione 2) Aggiornamento Manuale gestione documentale entro 2027 con richiamo esplicito esigenze anticorruzione e trasparenza 3) Formazione periodica personale protocollazione 4) Check trimestrali interni responsabile ufficio protocollo
Owner	Direzione Amministrativa + Responsabile Protocollo + RPCT
Evidenze attese	Verbali verifica annuale RPCT; Manuale gestione documentale aggiornato; registri formazione; check trimestrali
KPI + Soglia	<ul style="list-style-type: none"> • % documenti protocollati fuori termine (soglia: max 5%) • N. documenti non reperibili in audit (soglia: 0) • Manuale aggiornato (soglia: entro 30.06.2027)
Frequenza controllo	Annuale (audit RPCT) + trimestrale (check interni)
Escalation	Criticità significative → audit straordinario + report CdA

PROCESSO 10: PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA (ICA) - IGIENE MANI

Elemento	Descrizione
Processo	Applicazione procedure igiene mani, monitoraggio conformità, audit comportamentali, gestione non conformità, formazione
Evento rischio	Non conformità procedure igiene mani; aumento rischio ICA; conseguenze sanitarie (infezioni nosocomiali); conseguenze organizzative (responsabilità Ente); impatto reputazionale
Fattori abilitanti	Procedure non sempre rispettate; formazione insufficiente; controlli comportamentali scarsi; carico lavoro elevato; sottovalutazione rischi
Controlli esistenti (2025)	Audit e verifiche microbiologiche 2025; richieste RPCT 29.05.2025; azioni correttive DS (audit per turni, comunicazioni formali, istruzioni operative, richiami formativi); valutazione positiva RPCT [EVIDENZE FORTI DA RELAZIONE RPCT 2025]
Rischio inerente	6 (Probabilità: MEDIA x Impatto: ALTO)
Rischio residuo	4 (azioni correttive 2025, -2 punti)
Misure 2026-2028	1) Programmazione audit periodici rispetto procedure igiene mani nei diversi turni, coordinati da DS e monitorati da RPCT 2) Formalizzazione flusso informativo periodico (min annuale) da DS a RPCT su esiti audit ICA, azioni correttive, formazione 3) Inclusione risultanze in Relazione annuale RPCT 4) Integrazione con sistema gestione rischio clinico 5) Formazione continua con verifiche pratiche
Owner	Direzione Sanitaria + RPCT + Responsabile Qualità
Evidenze attese	Verbali audit ICA; report periodici DS a RPCT; azioni correttive documentate; registri formazione con verifiche pratiche
Soglia Rischio	<ul style="list-style-type: none"> • N. audit ICA effettuati/anno (soglia: min 2)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
	<ul style="list-style-type: none"> • % operatori conformi a procedure (soglia: min 90%) • N. ICA rilevate (soglia: max 3/anno) • % personale formato (soglia: 100%)
Frequenza controllo	Audit semestrale + report annuale DS + monitoraggio continuo ICA
Escalation	ICA grave o % conformità <80% → audit straordinario + report CdA + piano azioni correttive urgenti

6. CATALOGO DELLE MISURE

6.1 Premessa

Il presente catalogo costituisce l'elenco operativo e sistematico di tutte le misure di prevenzione della corruzione adottate dalla Casa di Cura Cristo Re S.r.l.

Le misure sono classificate in:

- Misure generali trasversali: applicabili a tutta l'organizzazione
- Misure specifiche per area di rischio: mirate ai singoli processi sensibili

Per ciascuna misura sono indicati:

- Descrizione operativa
- Owner (responsabile attuazione)
- Evidenza documentale attesa
- Tempi di attuazione
- Modalità di controllo
- Reporting verso OdV/CdA

6.2 MISURE GENERALI TRASVERSALI

INTEGRAZIONE PTPCT – MODELLO 231 – SISTEMA QUALITÀ

Elemento	Descrizione
Descrizione	Mantenimento del PTPCT come allegato al Modello 231, con aggiornamento coordinato delle parti relative a: reati contro PA, rischi sanitari, obblighi NIS2. Allineamento protocolli 231, procedure qualità e procedure anticorruzione per aree a rischio mappate (acquisti, farmaci, DRG complessi, ICT, rifiuti, protocolli documentali).
Owner	RPCT + OdV
Evidenza	Verbali riunioni coordinamento RPCT-OdV- (min 2/anno); documento "Matrice integrazione PTPCT-231-Qualità"; procedure integrate pubblicate; aggiornamenti coordinati Modello 231 e PTPCT
Tempi	Continuativa + revisione annuale
Controllo	Verifica OdV in sede audit 231; verifica RPCT in Relazione annuale

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

CODICE ETICO E CODICI DI COMPORTAMENTO

Elemento	Descrizione
Descrizione	Conferma Codice Etico quale riferimento per comportamenti corretti e trasparenti. Aggiornamento contenuti in coerenza con Linee guida ANAC su codici comportamento enti SSN e con nuovi profili rischio (NIS2, RENTRI, ICA). Diffusione Codice Etico a tutti destinatari PTPCT con sottoscrizione presa visione.
Owner	CdA + RPCT
Evidenza	Codice Etico aggiornato e approvato da CdA; dichiarazioni presa visione sottoscritte (100% dipendenti e collaboratori continuativi); pubblicazione sito sezione "Amministrazione Trasparente"
Tempi	Aggiornamento entro Q2 2026; diffusione entro Q3 2026
Controllo	Verifica RPCT su completezza dichiarazioni; monitoraggio applicazione in audit

FORMAZIONE OBBLIGATORIA E MIRATA

Elemento	Descrizione
Descrizione	Programma annuale formazione per tutto personale dipendente e collaboratori continuativi, con moduli specifici su: <ul style="list-style-type: none"> • Anticorruzione e trasparenza • Modello 231 e Codice Etico • Whistleblowing (D.Lgs. 24/2023) • Privacy e GDPR • Sicurezza informatica NIS2 • Gestione farmaci e somministrazione terapie • Igiene mani e prevenzione ICA • Protocolli documentali • Rifiuti sanitari e RENTRI • Conflitto interessi <p>Tracciatura: presenze, materiali didattici, valutazione efficacia (test, verifiche pratiche). Conservazione: registri formazione presso Ufficio Qualità, richiamati in Relazione annuale RPCT.</p>
Owner	Responsabile Qualità + RPCT
Evidenza	Piano formativo annuale; registri presenze firmati; materiali didattici archiviati; test valutazione; attestati rilasciati; report efficacia formazione
Tempi	Piano entro febbraio di ogni anno; erogazione continua anno
Controllo	Verifica RPCT su: % personale formato (target 100% entro anno), esiti test, completezza registri

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO E AUDIT

Elemento	Descrizione
	Programmazione triennale audit interni con indicazione annuale aree da verificare (almeno: farmacie periferiche, protocolli, sito web, RENTRI, NIS2, ICA/igiene mani, budget e DRG complessi).
Descrizione	Audit condotti da team multidisciplinari: RPCT, Responsabile Qualità, referenti area, rappresentante OdV, eventuale Sindaco o membro CdA. Formalizzazione: verbali con oggetto, metodologia, campioni, risultanze (conformità/non conformità), azioni correttive, responsabili, tempistiche. Follow-up documentato: verifica chiusura azioni correttive entro termini; escalation a CdA in caso mancata attuazione.
Owner	RPCT + Responsabile Qualità + OdV
Evidenza	Piano audit triennale/annuale approvato CdA; verbali audit firmati; azioni correttive formalizzate; evidenze follow-up; report chiusura non conformità
Tempi	Piano audit entro gennaio ogni anno; esecuzione secondo calendario; follow-up entro termini definiti (max 90 gg da audit)
Controllo	Monitoraggio RPCT su: esecuzione audit secondo piano, completezza verbali, chiusura tempestiva azioni correttive

GESTIONE PERSONALE

Elemento	Descrizione
Descrizione	Applicazione procedure formalizzate per assunzioni, progressioni, conferimento incarichi con: <ul style="list-style-type: none"> • Requisiti oggettivi predefiniti • Griglie valutazione standardizzate • Tracciabilità decisioni • Pubblicazione avvisi
Owner	Direzione Sanitaria + Amministratore Delegato
Evidenza	Procedure HR approvate; griglie valutazione utilizzate (100% procedure); verbali commissioni completi; avvisi pubblicati
Tempi	Procedure approvate entro Q2 2026; applicazione continuativa
Controllo	Audit RPCT annuale su procedure HR
Reporting	Report annuale RPCT su conformità procedure HR

Verifiche titoli

Elemento	Descrizione
Descrizione	Verifiche titoli personale sanitario laureato contattando Università e Ordini Professionali per controllare veridicità attestazioni e mantenimento validità titoli. Registrazione controlli effettuati
Owner	Direzione Sanitaria
Evidenza	Registro verifiche titoli; corrispondenza con Università/Ordini; evidenze risposte ricevute

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Tempi	Verifica su ogni nuova assunzione; verifica campionaria annuale (min 10% organico)
Controllo	Audit RPCT su completezza
Reporting	Report annuale: n. verifiche effettuate, eventuali irregolarità

verifiche effettuate su nuove assunzioni (target: 100%)

BILANCIO, BUDGET, DRG COMPLESSI ED EXTRA-BUDGET

Vigilanza RPCT su Relazione budget annuale

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Conferma attività vigilanza RPCT su Relazione avanzamento budget annuale, con analisi coerenza tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget assegnato • Produzione realizzata • Extra-budget utilizzato • Distinzione attività deliberata vs non deliberata
Owner	Relazione RPCT allegata a Relazione budget presentata a CdA. RPCT
Evidenza	Relazione RPCT su budget con visto e firma; evidenze analisi effettuate; eventuali rilievi formalizzati
Tempi	Annuale, in concomitanza con Relazione budget (indicativamente Q1 ogni anno)
Controllo	Autocontrollo (misura è essa stessa controllo)
Reporting	Relazione RPCT costituisce reporting a CdA

FARMACIE PERIFERICHE E SCORTE FARMACEUTICHE

Programma triennale audit farmacie periferiche

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Programma triennale audit farmacie periferiche (min 4/anno, due a sorpresa) focalizzati su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giacenze fisiche vs registrazioni • Farmaci scaduti • Tracciabilità movimentazioni • Gestione rifiuti sanitari speciali
Owner	Audit con team RPCT + DS + RQ + eventuale Sindaco RPCT + Direzione Sanitaria + Responsabile Qualità
Evidenza	Piano audit triennale; verbali audit (min 4/anno); evidenze sopralluoghi; azioni correttive; follow-up
Tempi	Piano entro Q1 2026; esecuzione continuativa
Controllo	Monitoraggio RPCT su esecuzione audit secondo e terzo piano
Reporting	Report RPCT su esiti audit farmacie

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

SICUREZZA INFORMATICA E NIS2

Completamento modello organizzativo NIS2

Elemento	Descrizione
Descrizione	Completamento, entro 2026, del modello organizzativo NIS2 della Casa di Cura, con: <ul style="list-style-type: none"> • Definizione ruoli e responsabilità ICT (Responsabile ICT, Referente CSIRT, DPO, amministratori sistema) • Policy di sicurezza (gestione accessi, password, aggiornamenti, backup, incident response) • Procedure gestione incidenti (rilevazione, classificazione, contenimento, notifica, ripristino) • Procedure gestione accessi remoti fornitori (autorizzazione, tracciamento, revoca) • Logging e monitoraggio • Segmentazione rete • Sicurezza endpoint
Owner	Referente CSIRT
Evidenza	Modello organizzativo NIS2; policy e procedure formalizzate; organigramma ICT; diffusione documentata
Tempi	Completamento entro 31.12.2026
Controllo	Verifica RPCT su rispetto scadenza e completezza contenuti;
Reporting	Report RPCT su avanzamento; report finale completamento

GESTIONE TRASPARENZA AMMINISTRATIVA E SITO ISTITUZIONALE

Elemento	Descrizione
Descrizione	Aggiornamento strutturale del sito web con: <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura puntuale obblighi pubblicazione applicabili alla Casa di Cura (v. par. 9.2 - Tabella obblighi) • Creazione/aggiornamento sottosezioni coerenti con struttura ANAC • Miglioramento navigabilità e accessibilità • Pubblicazione documenti: Statuto, Codice Etico, Modello 231, PTPCT, Programma Trasparenza, organigramma, Carta Servizi, Intervento coordinato RPCT + Direzione Amministrativa + gestore tecnico sito.
Owner	RPCT + Direzione Amministrativa + Gestore sito
Evidenza	Sezione "Amministrazione Trasparente" ristrutturata; mappatura obblighi completata; tutti documenti obbligatori pubblicati; evidenze interventi gestore tecnico
Tempi	Completato
Controllo	Verifica RPCT su completezza e conformità

Verifica semestrale RPCT su trasparenza sito

Elemento	Descrizione
Descrizione	Verifica semestrale RPCT su completezza, aggiornamento e navigabilità sito, con: <ul style="list-style-type: none"> • Check conformità obblighi pubblicazione (checklist ANAC) • Verifica date ultimo aggiornamento sezioni • Test navigabilità e accessibilità • Verifica funzionamento link e documenti • Individuazione criticità

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Owner	Report scritto a Amministratore Delegato con richiesta interventi correttivi. RPCT
Evidenza	Verbali verifica; checklist compilate; segnalazioni scritte ad AD; riscontri AD su interventi disposti
Tempi	Semestrale (giugno, dicembre)
Controllo	Autocontrollo (misura è essa stessa controllo)
Reporting	Verbali verifica costituiscono reporting; sintesi in relazione annuale RPCT

Registro richieste accesso civico

Elemento	Descrizione
Descrizione	Istituzione registro interno richieste accesso civico (semplice e generalizzato) con: <ul style="list-style-type: none"> • N. progressivo • Data richiesta • Richiedente (se identificabile, altrimenti anonimo) • Oggetto richiesta • Tipo accesso (semplice/generalizzato) • Data risposta • Esito (accoglimento/rifiuto parziale/rifiuto totale) • Motivazioni eventuale rifiuto • Responsabile istruttoria
Owner	Report annuale in Relazione RPCT con analisi richieste e criticità. RPCT + Direzione Amministrativa
Evidenza	Registro accesso civico istituito e aggiornato; evidenze risposte inviate; report annuale in Relazione RPCT
Tempi	Istituzione registro entro Q1 2026; aggiornamento continuo
Controllo	Verifica RPCT su completezza registro e rispetto tempi risposta
Reporting	Report annuale in Relazione RPCT

- N. richieste accesso civico evase in ritardo (target: 0)
- Tempo medio risposta (target: entro termini legge, 30 gg)

Procedura formalizzata gestione accesso civico

Elemento	Descrizione
Descrizione	Formalizzazione procedura gestione accesso civico con: <ul style="list-style-type: none"> • Canali ricezione richieste (email dedicata, modulo web) • Responsabilità (ODV gestisce richieste, DA fornisce dati) • Tempi risposta (30 gg per accesso generalizzato, immediato per semplice se dato già pubblicato) • Motivi esclusione legittimi (protezione dati personali, segreti, sicurezza, etc.) • Modalità risposta

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione ricorsi a ANAC Procedura pubblicata in "Amministrazione Trasparente".
Owner	RPCT + Direzione Amministrativa
Evidenza	Procedura approvata e pubblicata; email dedicata attiva; modulo web (eventuale) funzionante
Tempi	Approvazione entro Q2 2026
Controllo	Verifica RPCT su applicazione procedura
Reporting	Procedura richiamata in Relazione annuale RPCT

GESTIONE RENTRI E TRACCIABILITÀ RIFIUTI SANITARI

Mantenimento controllo mensile RENTRI

Elemento	Descrizione
	Mantenimento controllo mensile documentato su registrazioni RENTRI con verifica di: <ul style="list-style-type: none"> • Tempistiche registrazioni carico/scarico (entro termini normativi) • Numeri documento e coerenza • Codifiche CER corrette
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Completezza dati • Coerenza con documentazione cartacea (FIR, registri)
	Controllo a cura ufficio amministrativo, verifica RPCT su campione. Check mensile documentato e firmato.
Owner	Direzione Amministrativa + RPCT
Evidenza	Check mensili documentati (12/anno); firme responsabili; registro anomalie rilevate; azioni correttive
Tempi	Mensile (entro giorno 10 mese successivo)
Controllo	Verifica RPCT su completezza check; audit annuale (v. MISURA RE.2)
Reporting	Sintesi check mensili in report trimestrale RPCT

KPI:

- % check mensili effettuati (target: 100%)
- N. registrazioni fuori termine (soglia: max 2/anno)

Audit annuale RENTRI e rifiuti sanitari

Elemento	Descrizione
	Audit annuale RPCT gestore rifiuti per verificare: <ul style="list-style-type: none"> • Completezza registrazioni RENTRI • Correttezza codifiche CER • Conformità scadenze normative
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Coerenza registrazioni RENTRI vs FIR vs registri interni • Gestione rifiuti speciali pericolosi • Deposito temporaneo conforme
	Verbale con azioni correttive;
Owner	RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Evidenza	Verbale audit annuale; azioni correttive; evidenze follow-up; report a
Tempi	Annuale (Q1 ogni anno, su dati anno precedente)
Controllo	Monitoraggio RPCT su esecuzione audit e chiusura azioni
Reporting	Report audit; sintesi in relazione annuale RPCT

KPI:

- Audit effettuato (target: 1/anno)
- N. non conformità rilevate (soglia: max 3/anno)
- N. sanzioni amministrative (target: 0)

Conservazione documentazione RENTRI

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Conservazione documentazione RENTRI in fascicolo dedicato con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificati iscrizione RENTRI • RegISTRAZIONI carico/scarico (stampe periodiche) • FIR (formulari identificazione rifiuti) • Contratti gestore rifiuti • Corrispondenza con gestore • Verbali audit <p>Fascicolo cartaceo + digitale, conservazione min 5 anni, richiamato in Relazione annuale RPCT.</p>
Owner	Direzione Amministrativa + Direzione Sanitaria +RPCT
Evidenza	Fascicolo RENTRI ordinato e completo; indice documentazione; evidenze conservazione
Tempi	Aggiornamento continuo; verifica completezza in audit annuale
Controllo	Verifica RPCT su completezza fascicolo in audit annuale
Reporting	Fascicolo richiamato in Relazione annuale RPCT

Procedura formalizzata gestione RENTRI

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Formalizzazione procedura gestione RENTRI con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilità (chi registra, chi controlla, chi conserva) • Flussi operativi (produzione rifiuto → deposito temporaneo → ritiro → registrazione → FIR → RENTRI) • Tempistiche (termini registrazione per tipologia rifiuto) • Controlli (check trimestrali, audit annuale) • Gestione anomalie e non conformità
Owner	Direzione Sanitaria + Direzione Amministrativa
Evidenza	Procedura approvata;
Tempi	Definita;

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Descrizione
Controllo	Verifica RPCT su applicazione procedura in audit
Reporting	Procedura richiamata in Relazione annuale RPCT

GESTIONE PROTOCOLLI DOCUMENTALI

Verifica annuale RPCT su gestione protocolli

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Conferma verifica annuale RPCT su gestione protocolli in entrata/uscita con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campionamento documenti (min 50 in entrata + 50 in uscita) • Controllo tempistiche protocollazione (entro giornata lavorativa) • Completezza dati obbligatori (mittente/destinatario, oggetto, data, classificazione) • Corretta archiviazione • Funzionamento sistema informatico
Owner	RPCT
Evidenza	Verbale verifica annuale; campioni verificati; raccomandazioni;
Tempi	Annuale (Q1 ogni anno, su dati anno precedente)
Controllo	Autocontrollo (misura è essa stessa controllo)
Reporting	Verbale costituisce reporting; sintesi in Relazione annuale RPCT

KPI:

- Verifica effettuata (target: 1/anno)
- % documenti protocollati fuori termine nel campione (soglia: max 5%)

Aggiornamento Manuale gestione documentale

Elemento	Descrizione
Descrizione	<p>Aggiornamento Manuale gestione documentale entro 2027 con richiamo esplicito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esigenze prevenzione corruzione (tracciabilità, segregazione, controlli) • Esigenze trasparenza (accesso atti, accesso civico, pubblicazione) • Integrazione con PTPCT e Modello 231 • Responsabilità anticorruzione Responsabile Protocollo <p>Manuale diffuso a personale.</p>
Owner	RQ + Direzione Amministrativa + RPCT
Evidenza	Manuale aggiornato RQ e diffusione documentata
Tempi	Approvazione entro 30.06.2027
Controllo	Verifica RPCT su rispetto scadenza e completezza contenuti anticorruzione
Reporting	Aggiornamento Manuale richiamato in Relazione annuale RPCT

KPI: Manuale aggiornato (target: entro 30.06.2027) ✓ / ✗

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

PREVENZIONE ICA E IGIENE MANI

MISURA ICA.1 - Programmazione audit periodici igiene mani

Elemento	Descrizione
	Programmazione audit periodici (min 1/anno) sul rispetto procedure igiene mani nei diversi turni di lavoro, coordinati da Direzione Sanitaria e monitorati da RPCT.
	Audit comportamentali con:
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione diretta pratiche igiene mani (5 momenti OMS) • Verifica disponibilità e funzionamento erogatori • Interviste operatori • Campionamenti microbiologici (eventuale) • Azioni correttive immediate e strutturali
	Verbali con azioni correttive; follow-up.
Owner	Direzione Sanitaria + RPCT + Responsabile Qualità
Evidenza	Piano audit annuale; verbali audit (min 1/anno); azioni correttive; evidenze follow-up
Tempi	Audit semestrali (Q2 e Q4 ogni anno)
Controllo	Monitoraggio RPCT su esecuzione audit e chiusura azioni
Reporting	Report RQ a RPCT su audit ICA (v. MISURA ICA.2); sintesi in Relazione annuale RPCT

KPI:

- N. audit ICA effettuati (target: min 1/anno)
- % operatori conformi a procedure (target: min 90%)

SEZIONE CONFLITTI DI INTERESSE

7.1 Premessa e definizioni

Il conflitto di interessi rappresenta uno dei principali fattori abilitanti di fenomeni corruttivi e di mala gestio. La sua gestione efficace è essenziale per garantire l'imparzialità delle decisioni e la tutela dell'interesse pubblico/aziendale.

7.1.1 Definizione di conflitto di interessi

Ai fini del presente PTPCT, si configura una situazione di conflitto di interessi quando:

"Un interesse personale, diretto o indiretto, di un soggetto destinatario del PTPCT può influenzare impropriamente l'adempimento dei suoi doveri e responsabilità, compromettendo l'imparzialità e l'obiettività delle decisioni assunte nell'esercizio delle proprie funzioni"

7.1.2 Tipologie di conflitto

A) Conflitto di interessi DIRETTO:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Il soggetto ha un interesse personale immediato nella decisione o nell'atto
- Es.: medico prescrive farmaco di cui è consulente scientifico; funzionario autorizza contratto con società di cui è socio

B) Conflitto di interessi INDIRETTO:

- Il soggetto ha un interesse mediato attraverso terzi (familiari, società controllate, amici stretti)
- Es.: dirigente seleziona fornitore il cui titolare è coniuge; responsabile assume figlio di collega con aspettativa reciprocità

C) Conflitto di interessi POTENZIALE:

- Non esiste ancora un interesse concreto, ma la situazione può generarlo
- Es.: dirigente partecipa a commissione che potrebbe valutare in futuro soggetti con cui ha rapporti

D) Conflitto di interessi APPARENTE:

- Non esiste conflitto oggettivo, ma la situazione può generare dubbi sull'imparzialità
- Es.: medico prescrive farmaco di azienda per cui ha tenuto conferenze anni prima (rapporto cessato ma percepibile esternamente)

7.1.3 Differenza tra conflitto di interessi e incompatibilità

Concetto	Definizione	Gestione
Conflitto di interessi	Situazione concreta in cui interesse personale può influenzare decisione	Dichiarazione, valutazione caso per caso, misure mitigazione (astensione, sostituzione, controlli rafforzati)
Incompatibilità	Situazione astratta di impossibilità di ricoprire contemporaneamente più incarichi per previsione normativa	Divieto assoluto, impossibilità svolgimento incarico

Esempi incompatibilità:

- Incarichi incompatibili con rapporto dipendenza (art. 53 D.Lgs. 165/2001, applicabile anche a enti privati per analogia)
- Iscrizione albo professionale per attività libero-professionale incompatibile con esclusività
- Cariche sociali in società concorrenti o fornitrici

7.2 Ambiti di applicazione

Le misure di gestione del conflitto di interessi si applicano ai seguenti ambiti:

7.2.1 Acquisti e appalti

Situazioni di rischio:

- Rapporti economici/familiari con fornitori
- Partecipazione a società fornitrici
- Consulenze/collaborazioni precedenti con offerenti

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Regali/ospitalità da fornitori
- Promesse di assunzione futura presso fornitori

Misure:

- Dichiarazione conflitto interessi per tutti i soggetti coinvolti in procedure selezione (proponenti, autorizzanti, commissioni)
- Obbligo astensione in caso conflitto
- Divieto accettare regali/ospitalità da fornitori (salvo modico valore < €50, tracciati)
- Rotazione componenti commissioni valutazione
- Controlli su fornitori ricorrenti

7.2.2 Gestione del personale

Situazioni di rischio:

- Rapporti familiari tra selezionatore e candidato
- Amicizie/inimicizie personali influenti su valutazioni
- Aspettative reciprocità (nepotismo incrociato)
- Relazioni sentimentali con candidati/valutati
- Promesse/minacce per influenzare carriere

Misure:

- Dichiarazione conflitto interessi per commissioni selezione/valutazione
- Obbligo astensione membro commissione in caso conflitto
- Criteri oggettivi valutazione (griglie, requisiti predefiniti)
- Tracciabilità decisioni (verbali firmati)
- Divieto incarichi a familiari di componenti CdA/dirigenti senza procedura comparativa

Definizione "familiari" (ai fini presente PTPCT):

- Coniuge o convivente more uxorio
- Parenti entro 2° grado (genitori, figli, fratelli/sorelle, nonni, nipoti)
- Affini entro 2° grado (suoceri, generi/nuore, cognati)

7.2.3 Rapporti con Pubbliche Amministrazioni e SSN/ASP

Situazioni di rischio:

- Rapporti personali/familiari con funzionari PA/ASP
- Partecipazione a società che forniscono servizi a PA/ASP
- Promesse/offerte indebite a pubblici ufficiali
- Pressioni per ottenere autorizzazioni/pagamenti
- Conflitti in fase rendicontazione/controlli

Misure:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Dichiarazione conflitto interessi per soggetti che gestiscono rapporti con PA/ASP
- Tracciabilità completa incontri/comunicazioni con PA (verbali, email, PEC)
- Divieto assoluto regali/utilità a pubblici ufficiali (salvo oggetti modico valore istituzionali)
- Procedure formalizzate per richieste autorizzazioni/pagamenti
- Segregazione funzioni tra chi prepara rendicontazione e chi la autorizza

7.2.4 Consulenze e collaborazioni esterne

Situazioni di rischio:

- Incarichi esterni che possono influenzare decisioni interne (es. medico consulente azienda farmaceutica prescrive farmaci)
- Doppi incarichi con potenziale concorrenza
- Utilizzo informazioni aziendali per attività esterne
- Conflitto interessi temporali (tempo lavoro dedicato ad attività esterne)

Misure:

- Autorizzazione preventiva obbligatoria incarichi esterni (richiesta scritta, valutazione RPCT, autorizzazione CdA per incarichi dirigenti)
- Registro incarichi esterni aggiornato e pubblicato
- Valutazione compatibilità incarico esterno con funzioni interne
- Eventuale obbligo astensione su materie connesse a incarico esterno
- Verifiche su rispetto esclusività (dove prevista contrattualmente)

7.2.5 Regali, ospitalità e sponsorizzazioni

Situazioni di rischio:

- Regali da fornitori per influenzare decisioni acquisto
- Ospitalità (pranzi, cene, viaggi) offerte da soggetti interessati a decisioni aziendali
- Sponsorizzazioni convegni/eventi con potenziale condizionamento
- Vantaggi indiretti (sconti, facilitazioni) per sé o familiari

Misure:

A) Regali:

- Divieto generale accettare regali da fornitori/soggetti terzi interessati a decisioni aziendali
- Eccezione: regali di modico valore (€50 max) in occasioni istituzionali (es. gadget aziendali, cesti natalizi standardizzati)
- Obbligo tracciabilità: registro regali ricevuti (anche sotto soglia) con indicazione: data, offerente, oggetto, valore stimato, destinazione (accettato/rifiutato/devoluto ente benefico)
- Regali > €50 obbligatoriamente rifiutati o devoluti a ente benefico con comunicazione a RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

B) Ospitalità:

- Ammissibile: partecipazione a eventi istituzionali/scientifici con finalità formativa/rappresentativa, previa autorizzazione responsabile e comunicazione a RPCT
- Non ammissibile: cene/viaggi/intrattenimenti personali offerti da fornitori
- Tracciabilità: registro ospitalità con motivazione partecipazione

C) Sponsorizzazioni:

- Ammissibili per eventi formativi/scientifici con criteri trasparenti (call pubblica, selezione oggettiva sponsor, contratto formalizzato)
- Segregazione: chi organizza evento sponsorizzato \neq chi decide acquisti da sponsor
- Pubblicazione elenco sponsor eventi aziendali

7.2.6 Attività libero-professionale intra-moenia

Situazioni di rischio:

- Indirizzamento pazienti da attività istituzionale a libera professione
- Utilizzo improprio risorse/strumenti aziendali per attività privata
- Conflitto temporale (orari, priorità)

Misure:

- Autorizzazione formale attività intra-moenia
- Tariffari pubblicati e trasparenti
- Divieto indirizzamento forzato pazienti
- Controlli su utilizzo risorse aziendali (sale, strumenti)
- Tracciabilità prestazioni e incassi

7.3 Sistema di gestione del conflitto di interessi

7.3.1 Dichiarazioni periodiche

Le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi sono richieste ai soggetti che, in ragione dell'incarico ricoperto, svolgono attività con rilevanti profili decisionali o istruttori nelle aree a rischio individuate dal PTPCT.

A) Dichiarazioni ANNUALI (entro 28 febbraio ogni anno):

Tutti i destinatari del PTPCT presentano dichiarazione con:

Per TUTTI:

- Incarichi esterni (consulenze, docenze, cariche sociali)
- Rapporti economici continuativi con PA/ASP/fornitori
- Partecipazioni societarie rilevanti (>5% capitale o controllo)
- Familiari dipendenti/collaboratori Casa di Cura o fornitori

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Procedimenti penali pendenti per reati contro PA/patrimonio
- Dichiarazione veridicità e impegno aggiornamento se variazioni

7.3.2 Misure di mitigazione del conflitto

In caso di rilevazione conflitto interessi, il RPCT valuta e dispone una o più delle seguenti misure:

Misura	Descrizione	Applicazione
Astensione	Soggetto in conflitto si astiene da decisione/procedura	Conflitti diretti gravi; obbligo comunicazione formale astensione con motivazioni
Sostituzione	Soggetto in conflitto sostituito da altro soggetto privo conflitto	Commissioni valutazione; deleghe temporanee; casi gravi
Controlli rafforzati	Decisioni assunte da soggetto potenziale conflitto sottoposto a controlli aggiuntivi (double check, autorizzazione superiore)	Conflitti indiretti/potenziati gestibili
Trasparenza dichiarativa	Dichiarazione pubblica situazione conflitto prima di decisione (verbale riunione)	Conflitti apparenti; situazioni borderline
Revoca incarico/delega	In casi gravissimi, revoca incarico o deleghe a soggetto in conflitto permanente	Conflitti gravi non risolvibili; rifiuto astensione

7.3.3 Obbligo di aggiornamento dichiarazioni

I destinatari del PTPCT hanno l'obbligo di aggiornare tempestivamente (entro 15 giorni) le proprie dichiarazioni in caso di:

- Nuovi incarichi esterni
- Assunzione familiari in Casa di Cura o presso fornitori
- Avvio procedimenti penali
- Variazioni partecipazioni societarie rilevanti
- Qualsiasi altra variazione rilevante ai fini conflitto interessi

Modalità: comunicazione scritta (email, PEC) a Direzione Amministrativa e RPCT con nuova dichiarazione aggiornata.

Sanzioni: la mancata comunicazione tempestiva costituisce violazione PTPCT con conseguenze disciplinari.

7.3.4 Incompatibilità e divieti specifici

DIVIETI ASSOLUTI (incompatibilità):

1. Pantouflage (revolving doors):
 - o Dipendenti/dirigenti che hanno avuto negli ultimi 3 anni poteri autorizzativi/negoziali verso fornitori NON possono essere assunti da quegli stessi fornitori nei 3 anni successivi a

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

cessazione rapporto con Casa di Cura (art. 53, c. 16-ter D.Lgs. 165/2001, applicabile per analogia)

- o Violazione: nullità contratto assunzione con fornitore; responsabilità disciplinare ex-dipendente; esclusione fornitore da future procedure per 3 anni
2. Doppi incarichi incompatibili:
- o Divieto svolgere attività che per legge/contratto sono incompatibili con rapporto di lavoro/collaborazione con Casa di Cura

Verifica incompatibilità:

- All'atto assunzione/conferimento incarico
- Ad evento in caso segnalazioni

Gestione incompatibilità rilevata:

- Comunicazione immediata a interessato
- Termine (15 gg) per rimuovere incompatibilità (dimissioni da uno dei due incarichi)
- In mancanza: risoluzione rapporto con Casa di Cura

7.4 Registro dei conflitti di interesse

Il RPCT, con supporto Direzione Amministrativa, mantiene il "Registro dei Conflitti di Interesse" contenente:

Sezione A - Dichiarazioni:

- Dichiarazioni annuali dei soggetti destinatari del PTPCT, individuati in base alle funzioni a rischio e al ruolo ricoperto
- Dichiarazioni ad hoc (commissioni)
- Aggiornamenti

Sezione B - Conflitti rilevati:

- N. progressivo
- Data rilevazione
- Soggetto interessato (codice anonimizzato per report aggregati)
- Tipo conflitto (diretto/indiretto/potenziale/apparente)
- Ambito (acquisti/personale/PA/etc.)
- Gravità (bassa/media/alta)
- Misura adottata
- Data attuazione
- Verifica efficacia
- Esito

Sezione C - Incompatibilità:

- Casi rilevati
- Gestione

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Esito

Conservazione: Registro conservato per 5 anni, disponibile per OdV, audit, ispezioni.

Privacy: Dati trattati con massima riservatezza, accesso limitato a RPCT e DA,

7.5 Sanzioni per violazioni

Le violazioni delle norme su conflitto di interessi comportano:

A) Sanzioni disciplinari (proporzionate a gravità):

- Richiamo verbale (violazioni lievi, es. ritardo dichiarazione)
- Richiamo scritto (omessa dichiarazione, dichiarazione incompleta)
- Multa (dichiarazione mendace, mancata astensione richiesta)
- Sospensione (conflitto grave gestito scorrettamente)
- Licenziamento/risoluzione contratto (conflitti gravissimi, reiterazione, danno all'ente)

B) Responsabilità civile:

- Risarcimento danni causati all'ente da decisioni viziate da conflitto

C) Responsabilità penale (se ricorrono presupposti):

- Reati contro PA (corruzione, induzione, etc.)
- Falsità dichiarazioni (falso ideologico)

D) Conseguenze contrattuali:

- Risoluzione contratti collaborazione/consulenza
- Esclusione da future procedure
- Revoca incarichi/deleghe

8. WHISTLEBLOWING – CONFORME D.LGS. 24/2023

8.1 Premessa normativa

Il D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 (attuazione della Direttiva UE 2019/1937) ha introdotto una disciplina organica e rafforzata della protezione delle persone che segnalano violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea.

Il decreto ha abrogato l'art. 54-bis D.Lgs. 165/2001 e ha esteso significativamente l'ambito soggettivo di applicazione, includendo anche il settore privato.

8.1.1 Ambito di applicazione alla Casa di Cura Cristo Re S.r.l.

La Casa di Cura, in quanto:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Ente privato con più di 50 dipendenti [DA VERIFICARE numero esatto dipendenti]
- Soggetto che eroga prestazioni sanitarie accreditate SSN (attività di pubblico interesse)
- Ente che ha adottato Modello 231

È TENUTA ad applicare integralmente il D.Lgs. 24/2023, inclusi gli obblighi di:

- Istituzione di canale di segnalazione interna
- Nomina di gestore delle segnalazioni
- Garanzia protezione segnalanti
- Divieto assoluto di ritorsione
- Conservazione riservata delle segnalazioni
- Informativa ai lavoratori sulle modalità di segnalazione

8.2 Definizioni

8.2.1 Segnalazione (whistleblowing)

"Segnalazione" = comunicazione di informazioni su violazioni acquisite nel contesto lavorativo, effettuata attraverso i canali di segnalazione previsti dal D.Lgs. 24/2023.

8.2.2 Segnalante (whistleblower)

"Segnalante" = persona fisica che effettua la segnalazione.

Soggetti tutelati (art. 3 D.Lgs. 24/2023):

- Lavoratori dipendenti (subordinati, anche a tempo determinato, part-time, apprendisti)
- Lavoratori autonomi e liberi professionisti
- Collaboratori (co.co.co., consulenti, collaborazioni a progetto)
- Volontari e tirocinanti (retribuiti e non retribuiti)
- Soci (es. soci lavoratori)
- Persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza, rappresentanza (componenti CdA, sindaci, OdV, RPCT, dirigenti)
- Soggetti che operano per conto dell'ente (anche fornitori, subappaltatori, loro dipendenti/collaboratori)
- Candidati a posizioni lavorative e soggetti il cui rapporto è cessato (protezione estesa anche dopo fine rapporto se ritorsione connessa a segnalazione durante rapporto)

8.2.3 Violazioni segnalabili

Oggetto della segnalazione (art. 2 D.Lgs. 24/2023):

Informazioni su violazioni di disposizioni normative nazionali o UE che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'ente, di cui il segnalante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo, riguardanti:

A) Violazioni rientranti ambito D.Lgs. 231/2001:

- Reati contro PA (corruzione, concussione, induzione, etc.)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Reati societari (false comunicazioni sociali, ostacolo vigilanza, etc.)
- Reati contro patrimonio/fede pubblica
- Altri reati presupposto 231 applicabili

B) Violazioni normativa appalti e contratti pubblici

C) Violazioni normativa servizi, prodotti, mercati finanziari, prevenzione riciclaggio

D) Violazioni normativa sicurezza prodotti, trasporti, ambiente, radioprotezione, sicurezza alimenti/mangimi, salute e benessere animali

E) Violazioni normativa tutela salute e sicurezza sul lavoro

F) Violazioni normativa tutela consumatori

G) Violazioni normativa protezione dati personali, privacy, sicurezza reti e sistemi informativi

H) Atti o omissioni che ledono interessi finanziari UE

I) Atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui ai punti precedenti

L) Violazioni del D.Lgs. 24/2023 stesso (ritorsioni, ostacolo segnalazioni, etc.)

NON rientra nell'ambito whistleblowing:

- Contestazioni/rivendicazioni personali del segnalante su rapporto lavoro (questi rientrano in controversie lavoro, procedure sindacali, ricorsi)
- Segnalazioni manifestamente infondate, pretestuose o diffamatorie
- Notizie già di dominio pubblico
- Voci/dicerie prive fondamento

8.2.4 Ritorsione

"Ritorsione" = qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della divulgazione pubblica o della denuncia all'autorità giudiziaria, che provoca o può provocare al segnalante un danno ingiusto.

Esempi ritorsione (art. 17 D.Lgs. 24/2023):

- Licenziamento, sospensione, demansionamento
- Mancato rinnovo/proroga contratto
- Cambio mansioni, trasferimento sede, riduzione retribuzione
- Modifiche orario lavoro
- Sospensione formazione
- Valutazioni negative performance
- Mobbing, molestie, ostracismo
- Sanzioni disciplinari ingiustificate
- Mancate promozioni

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Inclusione in "liste nere"
- Risoluzione anticipata/cessazione contratto
- Danneggiamento reputazione (anche sui social)

TUTTE LE RITORSIONI SONO VIETATE E NULLE, con conseguenze disciplinari, civili e penali per l'autore.

8.3 Canali di segnalazione

Il D.Lgs. 24/2023 prevede un sistema articolato su tre livelli:

8.3.1 Canale di segnalazione INTERNA (obbligatorio per Casa di Cura)

Responsabilità: la Casa di Cura Cristo Re S.r.l. deve istituire e gestire un canale interno che garantisca:

- Riservatezza identità segnalante, persone menzionate, persone coinvolte nell'istruttoria
- Possibilità segnalazione anonima (facoltativa per ente, ma raccomandata)
- Tracciabilità di ogni fase della gestione
- Sicurezza (protezione dati, accesso limitato)

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE INTERNA:

A) Piattaforma informatica dedicata (raccomandata):

La Casa di Cura può implementare una piattaforma informatica dedicata per segnalazioni whistleblowing, che garantisca:

- Accesso riservato (credenziali o accesso anonimo)
- Crittografia comunicazioni
- Sistema ticketing (numero identificativo segnalazione per comunicazioni successive anonime)
- Possibilità allegare documenti
- Tracciabilità tempistiche
- Conformità GDPR

B) Indirizzo email dedicato (attualmente attivo):

Email: rac@casadicuracristore.it (attualmente attiva)

Modalità utilizzo:

- Segnalante invia email con oggetto "SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING"
- Email ricevuta esclusivamente dal RPCT (gestore segnalazioni)
- Possibilità invio da email personale o anonima (es. email temporanea)
- Possibilità allegare documenti
- RPCT risponde entro 7 giorni con numero protocollo segnalazione (codice alfanumerico che segnalante userà per comunicazioni successive mantenendo anonimato)

Garanzie:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Mailbox accessibile solo da RPCT
- Email conservate in archivio protetto, separato da altri archivi
- Backup crittografato

C) Segnalazione scritta in busta chiusa:

Indirizzo:

Alla c.a. del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Casa di Cura Cristo Re S.r.l.

Viale Principe Umberto, 89 - 98122 Messina

"RISERVATA PERSONALE - SEGNALAZIONE WHISTLEBLOWING"

Modalità:

- Busta chiusa, sigillata
- Può essere anonima o nominativa
- Consegnata a mano (segreteria con ricevuta generica "plico riservato") o spedita raccomandata
- Aperta esclusivamente da RPCT

D) Richiesta incontro di persona (verbale):

Il segnalante può richiedere incontro riservato con RPCT per effettuare segnalazione verbale.

Modalità:

- Richiesta tramite email, telefono, o attraverso piattaforma
- RPCT fissa incontro entro 7 giorni
- Incontro in luogo riservato, senza testimoni
- RPCT verbalizza segnalazione, fa sottoscrivere verbale a segnalante (o, se anonimo, conserva verbale firmato solo da RPCT con indicazione "segnalante anonimo")
- Verbale conservato in archivio protetto

8.3.2 Canale di segnalazione ESTERNA (presso ANAC)

Il segnalante può effettuare segnalazione direttamente ad ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), saltando il canale interno, nei seguenti casi:

Quando è consentita segnalazione esterna:

1. Canale interno non previsto (non applicabile a Casa di Cura, che lo prevede)
2. Canale interno previsto ma non funzionante
3. Segnalante ha già fatto segnalazione interna e non ha ricevuto riscontro entro termini (90 gg) o riscontro non adeguato
4. Segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione interna non verrebbe gestita efficacemente o comporterebbe rischio ritorsione
5. Pericolo imminente o palese per interesse pubblico

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Modalità segnalazione ANAC:

- Piattaforma online ANAC: <https://www.anticorruzione.it/whistleblowing>
- Accesso con SPID o in forma anonima
- PEC: protocollo@pec.anticorruzione.it
- Posta: Autorità Nazionale Anticorruzione, Via M. Minghetti 10, 00187 Roma

8.3.3 Divulgazione pubblica

Il segnalante può rendere pubblica la segnalazione (es. stampa, social, convegni) solo nei seguenti casi:

1. Ha effettuato sia segnalazione interna che esterna senza esito
2. Pericolo imminente o palese per interesse pubblico
3. Pericolo di ritorsione in caso di segnalazione esterna
4. Basse prospettive che la segnalazione esterna sia gestita efficacemente

ATTENZIONE: divulgazione pubblica comporta rischi (responsabilità per diffamazione se contenuti falsi o lesivi reputazione), quindi va considerata extrema ratio.

8.3.4 Denuncia all'Autorità Giudiziaria

Il segnalante può sempre presentare denuncia/querela all'Autorità Giudiziaria per reati di cui ha notizia, in alternativa o in aggiunta alle segnalazioni interna/esterna.

Modalità:

- Denuncia presso Procura della Repubblica competente
- Querela (se reati perseguibili a querela)
- Anche denuncia penale beneficia protezione contro ritorsioni

8.4 Gestione delle segnalazioni interne

8.4.1 Gestore delle segnalazioni

Responsabile gestione: il RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza) è nominato gestore delle segnalazioni interne ai sensi art. 4 D.Lgs. 24/2023.

Requisiti gestore:

- Autonomia e indipendenza
- Competenze adeguate (giuridiche, procedurali)
- Assenza conflitti interesse
- Formazione specifica su whistleblowing

Supporto: il RPCT può avvalersi di ufficio anticorruzione (personale amministrativo dedicato) per attività materiali (protocollazione, archiviazione), mantenendo esclusiva responsabilità gestione contenuti.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

8.4.2 Procedura di gestione segnalazione

FASE 1 - RICEZIONE (giorno 0)

- Segnalazione perviene tramite uno dei canali previsti
- RPCT riceve segnalazione
- Rilascio ricevuta entro 7 giorni (art. 5, c. 2 D.Lgs. 24/2023) con:
 - Conferma ricezione
 - Numero protocollo/codice identificativo segnalazione
 - Riepilogo procedura e tempi
 - Garanzie riservatezza
 - Divieto ritorsione
 - Modalità comunicazioni successive (citando codice)

FASE 2 - VALUTAZIONE PRELIMINARE (entro 15 giorni da ricezione)

RPCT effettua valutazione preliminare:

A) Verifica ammissibilità:

- Segnalazione rientra ambito D.Lgs. 24/2023? (violazioni previste)
- Segnalante è soggetto tutelato?
- Informazioni sufficientemente circostanziate? (fatti, persone, tempi, luoghi, documenti)
- Segnalazione non manifestamente infondata, pretestuosa, diffamatoria?

B) Decisione:

- AMMISSIBILE → si procede con istruttoria approfondita (Fase 3)
- INAMMISSIBILE → comunicazione motivata a segnalante con chiusura procedimento
- INTEGRAZIONI NECESSARIE → richiesta chiarimenti/documenti a segnalante

FASE 3 - ISTRUTTORIA APPROFONDITA (entro 60 giorni da ricezione)

RPCT conduce istruttoria:

A) Raccolta elementi:

- Esame documentazione allegata
- Richiesta documenti/informazioni a funzioni aziendali (mantenendo riservatezza identità segnalante)
- Eventuale audizione segnalante (se non anonimo e consensiente)
- Eventuale audizione persone informate fatti
- Acquisizione evidenze oggettive (contratti, email, verbali, registri, etc.)
- Consultazione banche dati interne (nel rispetto privacy)

B) Coordinamento:

- Informazione a OdV (Organismo Vigilanza 231) se segnalazione riguarda violazioni 231

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Informazione a CdA se segnalazione riguarda componenti CdA/alta direzione o fatti gravissimi
- Eventuale coinvolgimento consulenti esterni (legali, tecnici) vincolati a riservatezza

C) Contraddittorio (facoltativo):

- Se opportuno e garantendo riservatezza segnalante, RPCT può sentire persone segnalate per loro versione fatti

FASE 4 - CONCLUSIONE ISTRUTTORIA E RISPOSTA (entro 90 giorni da ricezione - termine perentorio art. 5, c. 3 D.Lgs. 24/2023)

RPCT conclude istruttoria e comunica esito a segnalante:

Possibili esiti:

A) SEGNALAZIONE FONDATA:

- Violazioni confermate
- Comunicazione a segnalante: misure adottate/da adottare
- Trasmissione relazione a CdA con proposte interventi (disciplinari, organizzativi, procedurali)
- Eventuale segnalazione ad Autorità competenti (Procura, ANAC, ASP, Garante Privacy, etc.) se violazioni richiedono intervento esterno

B) SEGNALAZIONE PARZIALMENTE FONDATA:

- Alcune violazioni confermate, altre no
- Comunicazione a segnalante e CdA con misure proporzionate

C) SEGNALAZIONE INFONDATA:

- Violazioni non riscontrate
- Comunicazione motivata a segnalante con chiusura procedimento

D) IMPOSSIBILITÀ VERIFICARE:

- Insufficienti elementi per accertamento (es. fatti remoti, assenza prove, segnalazione generica)
- Comunicazione a segnalante con archiviazione

ATTENZIONE TERMINI:

- 7 giorni: ricevuta
- 90 giorni: risposta finale (termine TASSATIVO)
- Eventuale proroga: possibile comunicare a segnalante necessità proroga termini (max ulteriori 30 gg) per complessità istruttoria, con motivazione

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

8.4.3 Misure conseguenti a segnalazione fondata

In caso segnalazione fondata, la Casa di Cura adotta tempestivamente:

A) Misure disciplinari:

- Procedimento disciplinare a carico autori violazioni
- Sanzioni proporzionate (da richiamo a licenziamento)
- Rispetto diritto difesa

B) Misure organizzative:

- Modifica procedure/prassi che hanno facilitato violazione
- Rafforzamento controlli
- Aggiornamento Modello 231/PTPCT

C) Misure di recupero danni:

- Azione di risarcimento verso autori violazione se danno economico all'ente

D) Segnalazioni esterne:

- Denuncia Autorità Giudiziaria se reati
- Segnalazione ANAC se violazioni anticorruzione
- Comunicazione ASP se violazioni in ambito sanitario
- Comunicazione Garante Privacy se violazioni privacy

8.5 Protezione del segnalante

8.5.1 Riservatezza e anonimato

OBBLIGO ASSOLUTO DI RISERVATEZZA (art. 12 D.Lgs. 24/2023):

Identità del segnalante:

- NON può essere rivelata senza consenso esplicito segnalante
- Accessibile solo a: RPCT, personale autorizzato gestione segnalazione, OdV (se strettamente necessario)
- Eccezioni (rivelazione possibile solo se):
 1. Indispensabile per difesa persona segnalata (es. procedimento disciplinare, penale)
 2. Autorità competente lo richiede (es. Procura in indagini penali)
 3. Comunque mai prima di aver informato segnalante e ottenuto consenso (ove possibile)

Violazione riservatezza:

- Sanzione amministrativa pecuniaria: da €10.000 a €50.000 (art. 21, c. 3)
- Sanzione disciplinare
- Responsabilità civile (risarcimento danni)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Eventuale responsabilità penale (rivelazione segreto d'ufficio)

8.5.2 Divieto assoluto di ritorsione

Art. 17 D.Lgs. 24/2023: NULLITÀ DELLE RITORSIONI

Qualsiasi atto ritorsivo è:

- NULLO (licenziamento, sanzione disciplinare, demansionamento, etc.)
- Non produce effetti
- Reintegrazione segnalante se licenziato/demansionato
- Risarcimento danni a carico autore ritorsione

PRESUNZIONE DI RITORSIONE:

Se il segnalante subisce misura/comportamento pregiudizievole entro 2 anni da segnalazione, si PRESUME che sia ritorsione.

Onere della prova: spetta al datore di lavoro/ente dimostrare che la misura adottata è motivata da ragioni estranee alla segnalazione.

Esempio:

- Dipendente segnala irregolarità il 10.01.2026
- Dipendente riceve sanzione disciplinare il 15.03.2026
- Si presume che sanzione sia ritorsione
- Casa di Cura deve provare che sanzione è per violazioni oggettive non collegate a segnalazione

TUTELA GIUDIZIARIA:

Segnalante vittima ritorsione può:

- Ricorso al Giudice del Lavoro per annullamento atto ritorsivo + risarcimento danni
- Procedura d'urgenza (art. 19): segnalante può chiedere sospensione immediata atto ritorsivo in attesa giudizio
- Inversione onere prova: datore lavoro deve dimostrare che atto non è ritorsione

SANZIONI PER RITORSIONE:

Autore ritorsione:

- Sanzione amministrativa pecuniaria: da €10.000 a €50.000 (art. 21, c. 2)
- Sanzione disciplinare (fino a licenziamento se dipendente)
- Responsabilità civile (risarcimento danni a segnalante)
- Eventuale responsabilità penale (abuso d'ufficio se pubblico ufficiale; in enti privati, responsabilità 231 se applicabile)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Casa di Cura (responsabilità vicaria):

- Risarcimento danni a segnalante se non ha prevenuto/impedito ritorsione
- Possibile responsabilità 231 se ritorsione commessa nell'interesse ente

8.5.3 Misure di protezione attiva

DURANTE ISTRUTTORIA:

Se RPCT rileva rischio concreto ritorsione (es. segnalazione contro superiore diretto, clima ostile), può proporre a CdA:

- Trasferimento temporaneo segnalante ad altra sede/reparto (se accetta)
- Smart working temporaneo
- Assegnazione temporanea ad altro responsabile
- Monitoraggio rafforzato su eventuali comportamenti ritorsivi

DOPO SEGNALAZIONE FONDATA:

Se violazione grave e rischio rappresaglie:

- Protezione continua segnalante
- Vigilanza RPCT su clima lavorativo
- Procedimento disciplinare verso autori violazione anche per eventuali comportamenti ostili verso segnalante

8.6 Conservazione segnalazioni e dati

8.6.1 Archivio riservato

Tutte le segnalazioni sono conservate in archivio riservato separato, accessibile esclusivamente a:

- RPCT
- Personale autorizzato ufficio anticorruzione (se previsto)
- OdV (solo per segnalazioni rilevanti per 231)

Durata conservazione:

- Minimo 5 anni dalla chiusura procedimento
- Fino a 10 anni se segnalazione ha comportato procedimenti disciplinari/giudiziari (fino a prescrizione)

Distruzione dati:

- Decorsi termini, dati distrutti in modo sicuro (distruggi-documenti per cartaceo, cancellazione sicura per digitale)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

8.6.2 Registro segnalazioni

RPCT mantiene Registro Segnalazioni Whistleblowing con:

- N. progressivo/codice identificativo
- Data ricezione
- Canale utilizzo (email, piattaforma, busta, verbale, telefono)
- Tipologia segnalazione (anonima/nominativa)
- Oggetto (sintetico, generico per tutelare riservatezza)
- Data ricevuta
- Data chiusura istruttoria
- Esito (fondata/infondata/parzialmente fondata/impossibile verificare)
- Misure adottate (si/no)
- Segnalazione ad Autorità esterne (si/no)

NO dati identificativi segnalante (salvo codice interno non univoco)

Report aggregato annuale a CdA (numero segnalazioni, tipologie violazioni, esiti, misure adottate) senza elementi identificativi.

8.7 Informativa ai lavoratori

8.7.1 Obbligo informativa

Art. 4, c. 4 D.Lgs. 24/2023: la Casa di Cura deve informare tutti i lavoratori e soggetti tutelati su:

- Modalità segnalazione interna (canali, contatti)
- Procedura gestione
- Garanzie riservatezza
- Divieto ritorsione
- Tutele previste
- Possibilità segnalazione esterna (ANAC) e divulgazione pubblica

MODALITÀ INFORMATIVA:

A) Informativa scritta:

- Documento "Informativa Whistleblowing" redatto da RPCT, approvato da CdA
- Distribuito a:
 - Tutti dipendenti (consegna mano con firma presa visione, o email PEC/raccomandata)
 - Collaboratori continuativi
 - Nuovi assunti (al momento assunzione)
 - Fornitori critici e loro dipendenti/collaboratori che operano stabilmente in Casa di Cura

B) Pubblicazione:

- Intranet aziendale (area riservata dipendenti)
- Sezione "Amministrazione Trasparente" sito web (sottosezione "Altri contenuti - Whistleblowing")

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

C) Formazione:

- Modulo specifico whistleblowing in formazione anticorruzione generale
- Esempi concreti violazioni segnalabili
- Simulazioni procedura segnalazione

D) Aggiornamento:

- Informativa aggiornata almeno annualmente o quando modifiche normative/procedurali
- Re-invio a tutti destinatari

8.7.2 Contenuto minimo informativa

L'informativa deve contenere:

1. Definizione whistleblowing e soggetti tutelati
2. Violazioni segnalabili (elenco)
3. Canali segnalazione interna:
 - o Email: indirizzo, modalità utilizzo
 - o Busta chiusa: indirizzo, modalità consegna
 - o Incontro persona: modalità richiesta
4. Procedura gestione: fasi, tempi (7 gg ricevuta, 90 gg risposta)
5. Garanzie riservatezza: obbligo, eccezioni, sanzioni violazione
6. Divieto ritorsione: esempi, nullità, sanzioni, tutela giudiziaria
7. Segnalazione esterna (ANAC): quando possibile, modalità
8. Divulgazione pubblica: quando possibile, rischi
9. Denuncia Autorità Giudiziaria: sempre possibile
10. Contatti gestore: RPCT [nome, telefono, email]
11. Divieto segnalazioni false/pretestuose: sanzioni (disciplinari, penali se calunnia/diffamazione)
12. Informativa privacy (art. 13 GDPR): trattamento dati, finalità, tempi conservazione, diritti interessati

8.8 Trattamento dati personali (GDPR)

8.8.1 Basi giuridiche trattamento

Il trattamento dati personali nell'ambito whistleblowing si basa su:

- Obbligo legale (art. 6, par. 1, lett. c GDPR): D.Lgs. 24/2023 impone gestione segnalazioni
- Interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. e GDPR): prevenzione corruzione e illegalità

Dati particolari (es. dati sanitari, origine etnica, se emergono da segnalazione): trattamento consentito per motivi interesse pubblico rilevante (art. 9, par. 2, lett. g GDPR) e obbligo legale.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

8.8.2 Principi trattamento

- Liceità, correttezza, trasparenza
- Limitazione finalità (solo gestione segnalazioni, prevenzione violazioni, protezione segnalante)
- Minimizzazione dati (solo dati necessari)
- Esattezza
- Limitazione conservazione (max 5-10 anni)
- Integrità e riservatezza (misure sicurezza adeguate: crittografia, accesso limitato, backup)
- Accountability (documentazione trattamenti, registro attività)

8.8.3 Diritti interessati

Segnalante:

- Diritto accesso propri dati
- Diritto rettifica (se dati inesatti)
- Diritto cancellazione (dopo termini conservazione)
- Diritto limitazione trattamento
- Diritto opposizione (limitato, trattandosi di obbligo legale)

Persona segnalata:

- Diritto informazione (solo quando compatibile con indagini)
- Diritto accesso (limitato per tutelare segnalante)
- Diritto rettifica (se dati inesatti sulla persona segnalata)
- Diritto cancellazione (se segnalazione infondata, dopo chiusura)

Bilanciamento: diritti interessati bilanciati con tutela riservatezza segnalante e efficacia indagini.

8.8.4 Informativa privacy

Informativa art. 13 GDPR fornita a:

- Segnalante: contestualmente a ricevuta segnalazione
- Persona segnalata: quando informata di essere oggetto segnalazione (compatibilmente con indagini)

Contenuto informativa:

- Titolare trattamento: Casa di Cura Cristo Re S.r.l.
- Finalità: gestione segnalazioni whistleblowing, prevenzione violazioni
- Base giuridica: obbligo legale (D.Lgs. 24/2023)
- Destinatari dati: RPCT, OdV, CdA (se necessario), Autorità competenti (se segnalazione esterna)
- Conservazione: 5-10 anni
- Diritti interessati: accesso, rettifica, cancellazione (limitato), opposizione (limitato), reclamo Garante Privacy
- Obbligo/facoltà conferimento dati: facoltà per segnalante (può segnalare o no); obbligatorietà alcuni dati per gestione (es. descrizione fatti)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

8.9 Sanzioni

8.9.1 Sanzioni per segnalazioni false/pretestuose

Art. 16, c. 4 D.Lgs. 24/2023: tutele whistleblowing NON si applicano se segnalante sapeva o avrebbe dovuto sapere che segnalazione è falsa.

Conseguenze:

- Sanzione disciplinare proporzionata (fino a licenziamento per giusta causa se falsa in mala fede)
- Responsabilità civile (risarcimento danni a persona ingiustamente segnalata)
- Responsabilità penale (calunnia art. 368 c.p., diffamazione art. 595 c.p., se ricorrono presupposti)

8.9.2 Sanzioni per violazioni obblighi ente

Sanzioni amministrative pecuniarie ANAC (art. 21 D.Lgs. 24/2023):

Violazione	Sanzione
Mancata istituzione canale segnalazione interna	Da €10.000 a €50.000
Mancata gestione segnalazione (risposta entro 90 gg)	Da €10.000 a €50.000
Violazione riservatezza identità segnalante	Da €10.000 a €50.000
Ritorsione	Da €10.000 a €50.000
Ostacolo segnalazione	Da €10.000 a €50.000

Procedimento sanzionatorio: avviato da ANAC, previo contraddittorio.

8.10 Coordinamento con Organismo di Vigilanza 231

Flusso informativo RPCT ↔ OdV:

- RPCT trasmette a OdV tutte segnalazioni che riguardano violazioni reati 231 (forma anonimizzata se necessario tutelare segnalante)
- OdV valuta se necessario aggiornare Modello 231
- OdV può svolgere propri approfondimenti (coordinandosi con RPCT)
- Report congiunti a CdA su segnalazioni gravi

Riunioni periodiche: RPCT + OdV (min 2/anno) per coordinamento gestione segnalazioni e aggiornamento presidi.

8.11 Report annuale whistleblowing

RPCT redige report annuale (incluso in Relazione annuale RPCT a CdA) contenente dati aggregati anonimi:

- N. segnalazioni ricevute
- Tipologia (anonime/nominative)
- Canali utilizzati

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Ambiti violazioni segnalate (corruzione, sicurezza lavoro, privacy, etc.)
- Esiti istruttorie (fondate/infondate/parzialmente fondate)
- Tempi medi gestione
- Misure adottate (n. procedimenti disciplinari, n. modifiche organizzative, n. segnalazioni Autorità)
- Eventuali criticità procedura
- Proposte miglioramento

NO dati identificativi segnalanti o segnalati.

9. TRASPARENZA E "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

9.1 Premessa: trasparenza come prevenzione della corruzione

La trasparenza costituisce uno dei pilastri fondamentali della prevenzione della corruzione, favorendo:

- Controllo diffuso sull'operato dell'ente da parte di cittadini, utenti, stakeholder
- Emersione di comportamenti irregolari
- Deterrenza rispetto a condotte illecite
- Accountability (responsabilizzazione) dei decisori

La L. 190/2012 e il D.Lgs. 33/2013 hanno introdotto una disciplina organica degli obblighi di trasparenza, estesa anche a soggetti privati che gestiscono attività di pubblico interesse o risorse pubbliche.

9.2 Quadro normativo trasparenza applicabile alla Casa di Cura

9.2.1 Cornice interpretativa: art. 41 D.Lgs. 33/2013 e strutture private accreditate

Art. 41 D.Lgs. 33/2013 - "Trasparenza del servizio sanitario nazionale":

"Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano pubblicano, nell'apposita sezione del sito web, i dati relativi alle prestazioni erogate, in particolare con riferimento alle liste di attesa, e alla mobilità sanitaria, nonché all'uso delle risorse finanziarie e al controllo di gestione relativamente ai costi, agli indicatori di efficienza e di qualità del servizio. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli enti del Servizio sanitario nazionale, le strutture sanitarie private accreditate pubblicano gli stessi dati [...] nonché i dati relativi agli accordi con le strutture private accreditate [...]."

Interpretazione applicabile alla Casa di Cura Cristo Re S.r.l.:

La Casa di Cura, in quanto struttura sanitaria privata accreditata SSN, è tenuta a:

1. Pubblicare dati sulla propria attività accreditata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito web
2. Fornire dati all'ASP/Regione affinché questi adempiano ai propri obblighi di pubblicazione (es. elenco strutture accreditate, accordi)
3. Applicare principi trasparenza per favorire controllo diffuso su utilizzo risorse pubbliche

Ambito obblighi:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- COGENTI (obbligatorie per legge): pubblicazione dati art. 41 relativi ad attività accreditata
- BEST PRACTICE (adozione volontaria): ulteriori obblighi trasparenza previsti per PA, applicati in ottica compliance evoluta

9.2.2 Altri obblighi trasparenza applicabili

Oltre all'art. 41, la Casa di Cura applica (in tutto o in parte) ulteriori obblighi trasparenza previsti dal D.Lgs. 33/2013, in quanto:

- Ente privato che gestisce attività pubblico interesse (assistenza sanitaria accreditata)
- Ente che adotta PTPCT (trasparenza come misura anticorruzione)
- Ente che ha adottato Modello 231 (trasparenza come presidio integrità)

Ambito applicazione:

- Trasparenza su governance: organi, statuto, compensi amministratori, incarichi
- Trasparenza su anticorruzione: pubblicazione PTPCT, Codice Etico, Modello 231, Relazione RPCT
- Trasparenza su accesso civico: modalità esercizio
- Trasparenza su appalti: (facoltativo, ma raccomandato per importi significativi)

9.3 Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI)

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) costituisce parte integrante del presente PTPCT (come previsto da ANAC).

Il PTTI definisce:

- Obblighi di pubblicazione applicabili alla Casa di Cura
- Responsabilità interne per produzione e aggiornamento dati
- Modalità attuative e tempistiche
- Misure di monitoraggio e attestazione
- Collegamento con sistema qualità (procedure documentali, controlli)

9.4 TABELLA OBBLIGHI TRASPARENZA APPLICABILI ALLA CASA DI CURA

Di seguito la mappatura puntuale degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", con indicazione per ciascuno di:

- Base giuridica
- Dato/Documento da pubblicare
- Soggetto tenuto (PA/ASP oppure Casa di Cura)
- Sezione sito
- Frequenza aggiornamento
- Owner interno (responsabile produzione dato)
- Evidenza aggiornamento
- Note privacy/esclusioni

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

SOTTOSEZIONE 1: DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 - Programma per la Trasparenza e l'Integrità

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 10 D.Lgs. 33/2013
Dato/Documento	Programma Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI)
Soggetto tenuto	Casa di Cura (best practice)
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Disposizioni generali > Programma trasparenza
Frequenza	Annuale (entro 31 gennaio)
Owner	RPCT
Evidenza	Documento PDF firmato digitalmente, data pubblicazione
Note	PTTI integrato in PTPCT cap. 9

1.2 - Riferimenti normativi

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Best practice
Dato/Documento	Normativa di riferimento (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, D.Lgs. 231/2001, D.Lgs. 24/2023, normativa sanitaria) con link a Normattiva
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Disposizioni generali > Atti generali > Riferimenti normativi
Frequenza	Aggiornamento continuo (quando modifiche normative)
Owner	RPCT + Direzione Amministrativa
Evidenza	Elenco normativa pubblicato, link funzionanti
Note	-

1.3 - Atti amministrativi generali

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 12 D.Lgs. 33/2013 (adattato) <ul style="list-style-type: none"> • Statuto sociale • Atto costitutivo • Regolamenti interni rilevanti (se pubblicabili)
Dato/Documento	<ul style="list-style-type: none"> • Codice Etico • Modello Organizzazione Gestione Controllo 231 • PTPCT • Carta dei Servizi
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Disposizioni generali > Atti generali
Frequenza	Tempestivo (entro 30 gg da approvazione/modifica)
Owner	Direzione Amministrativa + RPCT (per PTPCT)
Evidenza	Documenti PDF firmati, data pubblicazione
Note	Statuto e Modello 231: versioni pubbliche, omissione parti riservate se necessario

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

2.0 ORGANIZZAZIONE

2.1 - Articolazione degli uffici

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 13 D.Lgs. 33/2013 (adattato)
Dato/Documento	<ul style="list-style-type: none"> • Organigramma (grafico + descrittivo) • Funzioni principali reparti/uffici • Responsabili (nominativi, contatti generici - no dati personali eccessivi)
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Organizzazione > Articolazione uffici
Frequenza	Annuale (o quando modifiche organizzative significative)
Owner	Direzione Amministrativa
Evidenza	Organigramma pubblicato, data aggiornamento
Note	NO pubblicazione dati personali operatori (solo responsabili funzione con contatti istituzionali)

2.3 - Telefono e posta elettronica

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 13 D.Lgs. 33/2013
Dato/Documento	Contatti generali: <ul style="list-style-type: none"> • Centralino • Email generica info@ • PEC • Contatti reparti/servizi (email generiche, numeri diretti se disponibili)
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Organizzazione > Telefono posta elettronica
Frequenza	Tempestivo (quando modifiche)
Owner	Direzione Amministrativa
Evidenza	Elenco contatti aggiornato
Note	Evitare pubblicazione email/telefoni personali dipendenti (solo contatti istituzionali)

SERVIZI EROGATI

9.1 - Carta dei servizi e standard di qualità

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 32 D.Lgs. 33/2013 + normativa sanitaria
Dato/Documento	<ul style="list-style-type: none"> • Carta dei Servizi • Standard qualità (tempi attesa, comfort, servizi accessori) • Diritti pazienti • Modalità reclamo

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Contenuto
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Servizi erogati > Carta servizi standard qualità
Frequenza	Annuale (o quando aggiornamenti)
Owner	Direzione Sanitaria + Responsabile Qualità
Evidenza	Carta Servizi pubblicata
Note	Già obbligo per accreditamento SSN

Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza (RPCT)

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 43 D.Lgs. 33/2013 • Nominativo RPCT
Dato/Documento	• Recapiti (email istituzionale, telefono) • Atto nomina
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Prevenzione corruzione
Frequenza	Tempestivo (quando cambi)
Owner	Direzione Amministrativa
Evidenza	Informazioni RPCT pubblicate
Note	-

Relazione annuale RPCT

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 43 D.Lgs. 33/2013 + L. 190/2012
Dato/Documento	Relazione annuale RPCT su attuazione PTPCT (anno precedente)
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Prevenzione corruzione
Frequenza	Annuale (entro 30 aprile anno successivo)
Owner	RPCT
Evidenza	Relazione pubblicata
Note	-

ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO

Accesso civico semplice e generalizzato

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 5 D.Lgs. 33/2013 Informazioni su:
Dato/Documento	• Cos'è accesso civico (semplice vs generalizzato) • Ambito applicazione Casa di Cura • Modalità richiesta (modulo, email, PEC)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Contenuto
	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi risposta (30 gg) • Responsabile (RPCT) • Motivi esclusione legittimi • Modalità ricorso ANAC (se diniego)
Soggetto tenuto	Casa di Cura
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Accesso civico
Frequenza	Quando modifiche procedura
Owner	RPCT
Evidenza	Informativa pubblicata, modulo scaricabile
Note	Collegata a MISURA TR.4 (procedura formalizzata)

ALTRI CONTENUTI - WHISTLEBLOWING

Elemento	Contenuto
Base giuridica	D.Lgs. 24/2023, art. 4 c. 4 (obbligo informativa lavoratori)
	Informativa whistleblowing: <ul style="list-style-type: none"> • Cos'è whistleblowing • Soggetti tutelati • Violazioni segnalabili
Dato/Documento	<ul style="list-style-type: none"> • Canali segnalazione interna (email, piattaforma, etc.) • Procedura gestione • Garanzie riservatezza • Divieto ritorsione • Segnalazione esterna (ANAC) • Contatti gestore (RPCT)
Soggetto tenuto	Casa di Cura (obbligo legale)
Sezione sito	Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Whistleblowing
Frequenza	Quando modifiche normativa/procedura
Owner	RPCT
Evidenza	Informativa pubblicata
Note	Obbligo D.Lgs. 24/2023; collegata a cap. 8 PTPCT

DATI ULTERIORI - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Prestazioni erogate in regime accreditamento

Elemento	Contenuto
Base giuridica	Art. 41 D.Lgs. 33/2013 (obbligo cogente)
	Elenco prestazioni sanitarie erogate in regime accreditamento SSN:
Dato/Documento	<ul style="list-style-type: none"> • Specialità/reparti • Tipologie prestazioni (ambulatoriali, ricovero, day hospital, day surgery)
Soggetto tenuto	Casa di Cura (obbligo legale art. 41)
Sezione sito	Prestazioni erogate sottosezione Servizi erogati]
Frequenza	Annuale

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Elemento	Contenuto
Owner	Direzione Sanitaria
Evidenza	Elenco prestazioni pubblicato
Note	Obbligo specifico art. 41; coordinare con dati forniti ad ASP

Accesso civico semplice e generalizzato

9.6.1 Definizioni e ambito

Il D.Lgs. 33/2013 prevede due forme di accesso civico:

A) ACCESSO CIVICO "SEMPLICE" (art. 5, c. 1)

Definizione: diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che avrebbero dovuto essere pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" ma non lo sono stati.

Presupposto: inadempimento obbligo pubblicazione.

Destinatari richiesta:

- RPCT (responsabile trasparenza)
- In subordine: OdV, CdA

Tempi risposta: immediato se dato disponibile e facilmente accessibile; altrimenti 30 giorni.

Diniego: NON ammesso (se obbligo pubblicazione esiste, dato deve essere fornito).

B) ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO" (art. 5, c. 2)

Definizione: diritto di chiunque di accedere a dati, documenti e informazioni detenuti dalla Casa di Cura ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Presupposto: interesse conoscitivo generale (non necessariamente motivato).

Ambito per Casa di Cura Cristo Re:

- Dati, documenti, informazioni relativi all'attività di assistenza sanitaria accreditata SSN (utilizzo risorse pubbliche)
- NON dati relativi ad attività squisitamente privata/commerciale della Casa di Cura (es. attività libero-professionale non accreditata)

Destinatari richiesta: RPCT

Tempi risposta: 30 giorni (eventuale diniego motivato)

Diniego ammesso: solo per motivi tassativi (v. par. 9.6.3)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

9.6.2 Procedura di gestione accesso civico

FASE 1 - RICEZIONE RICHIESTA

Canali:

- Email: rac@casadicuracristore.it
- PEC: casadicuracristore@pec.it
- Raccomandata/consegna mano: Direzione Amministrativa (protocollo) → trasmissione immediata a RPCT

Contenuto minimo richiesta:

- Generalità richiedente (nome, cognome, CF, indirizzo - facoltativo per accesso generalizzato, obbligatorio se si vuole tutela procedimentale)
- Oggetto richiesta (dato/documento/informazione richiesta, descrizione dettagliata)
- Tipo accesso (semplice o generalizzato - se non specificato, RPCT valuta)
- Finalità richiesta (facoltativo, ma utile per valutazione)

Registrazione: ogni richiesta registrata in Registro Accesso Civico (v. MISURA TR.3) con:

- N. progressivo
- Data ricezione
- Richiedente (se identificato)
- Oggetto
- Tipo accesso
- **Canale ricezione**

FASE 2 - VALUTAZIONE TIPO ACCESSO (entro 5 giorni)

RPCT valuta:

È accesso civico SEMPLICE?

- Il dato richiesto rientra tra obblighi pubblicazione applicabili a Casa di Cura?
- Il dato non è pubblicato o è pubblicato in modo incompleto/non aggiornato?

→ SÌ: si procede con accesso semplice

- RPCT pubblica immediatamente dato in "Amministrazione Trasparente"
- Comunica a richiedente avvenuta pubblicazione con link
- Tempo: immediato o max 30 giorni se necessaria elaborazione dato

→ NO: si procede con accesso generalizzato (Fase 3)

FASE 3 - ISTRUTTORIA ACCESSO GENERALIZZATO (entro 30 giorni)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

RPCT effettua istruttoria:

A) Verifica disponibilità dato/documento:

- Casa di Cura detiene il dato richiesto?
- È reperibile con sforzo ragionevole?
- È già in formato accessibile o richiede elaborazione?

Se NON disponibile: comunicazione motivata a richiedente (non detenzione dato).

B) Verifica ambito applicazione:

- Il dato richiesto riguarda attività accreditata SSN (utilizzo risorse pubbliche)?

→ SÌ: accesso ammissibile (salvo eccezioni) → NO: diniego motivato (attività non soggetta a trasparenza art. 5 c. 2)

C) Verifica eccezioni/limiti (v. par. 9.6.3):

- Il dato rientra in eccezioni tassative (protezione dati personali, segreto commerciale, sicurezza, etc.)?
- Necessario bilanciamento interessi?

Se eccezione applicabile: diniego motivato (totale o parziale, con oscuramento parti sensibili)

D) Eventuale "contraddittorio" con terzi controinteressati:

Se il dato/documento richiesto riguarda terzi identificati o facilmente identificabili (es. fornitori, pazienti, dipendenti), RPCT può:

- Notificare richiesta a terzi controinteressati (entro 10 giorni da ricezione richiesta)
- Dare 10 giorni a terzi per opporsi con motivazioni (protezione privacy, segreto commerciale, etc.)
- Valutare opposizioni e decidere (entro 30 giorni da richiesta originaria)

Attenzione: procedura contraddittorio facoltativa, non obbligatoria per Casa di Cura (obbligo solo per PA). Raccomandata quando terzi facilmente identificabili.

FASE 4 - DECISIONE E RISPOSTA (entro 30 giorni da ricezione)

Possibili esiti:

A) ACCOGLIMENTO TOTALE:

- Comunicazione a richiedente con trasmissione dato/documento
- Modalità: email (se dato digitale), invito ritiro (se cartaceo), link download (se pubblicato)
- Registrazione in Registro Accesso Civico

B) ACCOGLIMENTO PARZIALE:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Trasmissione dato con oscuramento parti sensibili/riservate
- Motivazione oscuramenti
- Registrazione in Registro

C) DINIEGO:

- Comunicazione motivata a richiedente con:
 - Motivo diniego (riferimento normativo)
 - Modalità impugnazione (ricorso a ANAC entro 30 gg, ricorso TAR entro 30 gg)
- Registrazione in Registro

D) DIFFERIMENTO:

- Se dato non immediatamente disponibile ma reperibile con tempo: comunicazione differimento accesso con nuovo termine (max +30 gg)

ATTENZIONE TERMINI:

- 30 giorni dalla ricezione richiesta: termine perentorio
- Silenzio oltre 30 gg = diniego tacito → richiedente può ricorrere a ANAC o TAR

9.6.3 Eccezioni e limiti all'accesso generalizzato

Art. 5-bis D.Lgs. 33/2013 prevede eccezioni tassative per tutelare:

A) PROTEZIONE DATI PERSONALI (art. 5-bis, c. 2, lett. a)

Accesso negato se:

- Dati personali sensibili (salute, origine etnica, opinioni politiche, fede religiosa, etc.)
- Dati personali che rivelano identità di persone in situazioni vulnerabilità
- Dati personali di minori

Accesso limitato/oscurato se:

- Dati personali comuni (nominativi, indirizzi, etc.) quando non strettamente necessari per finalità trasparenza

Bilanciamento:

- Interesse pubblico trasparenza vs diritto protezione dati
- Preferire oscuramento/anonimizzazione anziché diniego totale

B) SEGRETO COMMERCIALE E PROPRIETÀ INTELLETTUALE (art. 5-bis, c. 2, lett. c)

Accesso negato/limitato se:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Informazioni coperti da segreto commerciale (know-how, strategie commerciali, listini riservati, etc.)
- Proprietà intellettuale (brevetti, software proprietari, etc.)

Bilanciamento:

- Segreto commerciale deve essere effettivo e dimostrato
- Trasparenza su utilizzo risorse pubbliche prevale su generiche esigenze riservatezza commerciale

C) SICUREZZA PUBBLICA, ORDINE PUBBLICO, DIFESA (art. 5-bis, c. 1)

Accesso negato se:

- Dati che possono pregiudicare sicurezza (es. planimetrie dettagliate con sistemi sicurezza, procedure emergenza riservate)

D) PROCEDIMENTI GIUDIZIARI, ATTIVITÀ ISPETTIVE (art. 5-bis, c. 2, lett. e-f)

Accesso negato/differito se:

- Atti di procedimenti giudiziari in corso (rispetto segreto istruttorio)
- Atti di procedimenti disciplinari/ispettivi in corso (fino a conclusione)

E) ALTRI INTERESSI PUBBLICI RILEVANTI

Accesso negato se pregiudica:

- Funzioni istituzionali
- Controlli e ispezioni

9.6.4 Ricorsi contro diniego

Richiedente può impugnare diniego (o silenzio) attraverso:

A) RICORSO A ANAC (procedura preferibile):

- Presentazione ricorso ad ANAC entro 30 giorni da diniego (o da scadenza 30 gg se silenzio)
- ANAC valuta ricorso e può:
 - Ordinare a Casa di Cura di fornire accesso
 - Confermare diniego
- Procedura gratuita
- Modalità ricorso: piattaforma ANAC <https://www.anticorruzione.it/accesso-civico>

B) RICORSO GIUDIZIALE (TAR):

- Ricorso a TAR Lazio (o TAR competente) entro 30 giorni da diniego

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Rito abbreviato
- Necessità assistenza legale
- Onerosità (spese legali, contributo unificato)

9.7 Bilanciamento trasparenza e privacy

9.7.1 Principio generale

Art. 5-bis, c. 4 D.Lgs. 33/2013:

"Nei casi di accesso civico generalizzato, non è ammissibile il rifiuto fondato esclusivamente sulla mancanza di una norma che preveda l'obbligo di pubblicazione."

Tuttavia:

"L'accesso è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici o privati indicati [protezione dati, segreto commerciale, etc.]"

Principio bilanciamento:

- Trasparenza = valore prevalente (presunzione accesso)
- Privacy/riservatezza = limiti tassativi, da interpretare restrittivamente
- Test proporzionalità: diniego solo se pregiudizio concreto, attuale, probabile

9.7.2 Linee guida Garante Privacy

Garante Privacy - Linee guida su trasparenza e accesso civico (2014):

A) Principio di necessità (art. 3 Codice Privacy):

- Pubblicare/fornire solo dati personali strettamente necessari per finalità trasparenza
- Preferire dati aggregati/anonimi quando possibile
- Evitare pubblicazione eccessiva dati personali

B) Oscuramento:

- Quando dato richiesto contiene dati personali non pertinenti a finalità trasparenza: oscurare
- Quando dato richiesto contiene dati sensibili: oscurare (salvo eccezioni motivate)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

9.8 Monitoraggio e attestazioni

9.8.1 Monitoraggio attuazione obblighi trasparenza

Responsabile: RPCT

Attività:

- Verifica semestrale su sezione "Amministrazione Trasparente" (MISURA TR.2)
- Checklist conformità ANAC (griglia rilevazione obblighi pubblicazione)
- Report semestrale a CdA con:
 - Stato conformità sezione (% obblighi adempiuti)
 - Criticità rilevate (dati mancanti, non aggiornati, non accessibili)
 - Interventi correttivi richiesti
 - Stato avanzamento

KPI:

- % obblighi pubblicazione adempiuti (target: 100%)
- N. sezioni obbligatorie mancanti (target: 0)
- N. dati non aggiornati (target: 0)

9.8.2 Attestazione RPCT

Se richiesto da normativa o da CdA, il RPCT può redigere Attestazione annuale OIV (Organismo Indipendente Valutazione) sullo stato attuazione obblighi trasparenza.

Contenuto:

- Verifica pubblicazione dati obbligatori
- Verifica aggiornamento
- Verifica accessibilità
- Segnalazione criticità
- Proposta miglioramenti

Pubblicazione: in sezione "Amministrazione Trasparente > Disposizioni generali > Attestazioni OIV"

10. PIANO AUDIT E MONITORAGGIO 2026-2028

10.1 Premessa metodologica

Il sistema di audit e monitoraggio costituisce strumento essenziale per:

- Verificare l'effettiva attuazione delle misure anticorruzione
- Rilevare tempestivamente criticità e scostamenti
- Attivare azioni correttive mirate
- Fornire evidenze documentali dell'efficacia del PTPCT
- Garantire miglioramento continuo del sistema di prevenzione

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il piano si articola su tre livelli:

1. Monitoraggio continuo: indicatori e KPI tracciati in tempo reale o periodicamente
2. Audit programmati: verifiche strutturate su aree specifiche secondo calendario triennale
3. Audit straordinari: verifiche ad evento in caso anomalie, segnalazioni, eventi critici

REPORTING AUDIT (entro 10 giorni da audit)

Attività:

- Redazione verbale audit contenente:
 1. Intestazione: data, luogo, team audit, funzione auditata
 2. Oggetto e scope: area/processo verificato, periodo, campioni
 3. Metodologia: attività svolte, documenti visionati, persone intervistate
 4. Risultanze:
 - Conformità rilevate (punti forza)
 - Non conformità (NC gravi, medie, lievi) con descrizione dettagliata e riferimenti normativi/procedurali violati
 - Osservazioni e raccomandazioni
 5. Azioni correttive proposte:
 - Descrizione azione
 - Owner (responsabile attuazione)
 - Tempistica (data prevista completamento)
 - Risorse necessarie
 6. Firma: team audit + visto responsabile funzione auditata (con eventuale controdeduzioni)
- Trasmissione verbale a:
 1. Funzione auditata
 2. Archivio RPCT (Fascicolo PTPCT)

Output: verbale audit firmato

FOLLOW-UP (secondo tempistiche AC)

Attività:

- Monitoraggio attuazione azioni correttive (AC):
 - o Funzione auditata attua AC entro tempi definiti
 - o RPCT verifica avanzamento (check periodici)
 - o Funzione auditata fornisce evidenze completamento (documenti, procedure aggiornate, registri, etc.)
- Verifica chiusura NC:
 - o RPCT verifica efficacia AC (le NC sono risolte?)
 - o Eventuale audit di follow-up (se NC gravi)
 - o Chiusura formale NC con evidenza documentale
- Escalation:
 - o Se AC non attuate entro tempi → segnalazione scritta a CdA per decisioni
 - o Se persistenza NC gravi → audit straordinario + coinvolgimento OdV/CdA per provvedimenti

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Output: evidenze chiusura AC, aggiornamento registro NC

10.2 Audit straordinario

Trigger (eventi scatenanti):

- Segnalazione whistleblowing fondata
- Rilievi Autorità esterne (ANAC, ASP, NAS, Garante Privacy, etc.)
- Superamento soglie critiche KPI (v. par. 10.5)
- Evento critico (es. incidente sicurezza informatica grave, infezione nosocomiale, contestazione ASP importante)
- Richiesta CdA/OdV

Procedura:

- RPCT (o OdV) decide audit straordinario
- Pianificazione rapida (entro 5 gg da trigger)
- Esecuzione prioritaria (entro 10 gg)
- Reporting urgente a CdA (entro 5 gg da audit)
- Follow-up accelerato (AC urgenti entro 30 gg max)

Gestione NC

Apertura NC:

- Rilevazione NC in audit o da segnalazione
- Definizione AC con owner e tempi
- Comunicazione formale a owner funzione

Monitoraggio AC:

- RPCT monitora avanzamento (check periodici)
- Se ritardi: solleciti formali
- Se scadenze superate: escalation a CdA

Chiusura NC:

- Owner fornisce evidenze completamento AC
- RPCT verifica efficacia (documentale o con sopralluogo/audit follow-up)
- Se efficace: chiusura NC con annotazione evidenze
- Se non efficace: riapertura NC con nuova AC più incisiva

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Miglioramento continuo e riesame

Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)

Il sistema anticorruzione segue ciclo PDCA:

PLAN (Pianificazione):

- Approvazione PTPCT triennale (gennaio 2026)
- Pianificazione audit annuale (gennaio ogni anno)
- Definizione rischi e soglie

DO (Attuazione):

- Implementazione misure PTPCT
- Esecuzione audit programmati
- Monitoraggio rischi continuo
- Formazione

CHECK (Verifica):

- Audit e monitoraggio
- Report trimestrali e annuali
- Valutazione efficacia misure
- Rilevazione NC

ACT (Azioni correttive e miglioramento):

- Azioni correttive su NC
- Aggiornamento annuale PTPCT (gennaio)
- Implementazione best practice emerse
- Proposte miglioramento organizzativo

Riesame annuale PTPCT

Quando: gennaio ogni anno (2027, 2028, 2029)

Responsabile: RPCT propone, CdA approva

Input riesame:

- Relazione annuale RPCT anno precedente
- Esiti audit
- Dashboard KPI
- Nuove normative
- Modifiche organizzative
- Segnalazioni, eventi critici
- Rilievi esterni

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Output riesame:

- Aggiornamento PTPCT (parte variabile: misure, KPI, cronoprogramma)
- Conferma/aggiornamento mappatura rischi
- Conferma/modifica piano audit anno successivo
- Eventuali nuove misure

Approvazione: CdA approva PTPCT aggiornato entro 31 gennaio

Pubblicazione: PTPCT aggiornato pubblicato in Amministrazione Trasparente entro 10 gg approvazione

CRONOPROGRAMMA TRIENNALE 2026-2028 nel prossimo messaggio.

CRONOPROGRAMMA TRIENNALE 2026-2028

11.1 Premessa

Il presente cronoprogramma costituisce lo strumento operativo di pianificazione delle attività di prevenzione della corruzione per il triennio 2026-2028, con dettaglio delle:

- Scadenze misure da implementare
- Audit
- Milestone normative/organizzative (es. completamento NIS2, aggiornamento 231)
- Attività ricorrenti (formazione, dichiarazioni, report)

Il cronoprogramma è articolato per:

- Anno (2026, 2027, 2028)
- Trimestre (Q1, Q2, Q3, Q4)
- Responsabile attuazione

11.2 ANNO 2026 - Consolidamento e implementazione

Q1 2026 (Gennaio - Marzo)

Scadenza	Attività	Responsabile
31.01.2026	Approvazione PTPCT 2026-2028 da parte CdA	CdA
10.02.2026	Pubblicazione PTPCT 2026-2028 in Amministrazione Trasparente	RPCT + Gestore sito
28.02.2026	Scadenza raccolta dichiarazioni conflitto interessi annuali (tutti destinatari)	DA + RPCT
15.03.2026	Registrazione dichiarazioni conflitti in Registro	DA
31.03.2026	Valutazione RPCT dichiarazioni conflitti e gestione situazioni rilevate	RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Scadenza	Attività	Responsabile
31.03.2026	Pubblicazione dati SSN art. 41 anno 2025	DS + DA

Q1 2026	Istituzione Registro Accesso Civico	RPCT + DA
---------	-------------------------------------	-----------

Continuo Q1	Controlli mensili RENTRI (gennaio, febbraio, marzo)	DA + RPCT
----------------	---	-----------

Q2 2026 (Aprile - Giugno)

Scadenza	Attività	Responsabile
----------	----------	--------------

30.04.2026	Relazione annuale RPCT 2025 a CdA	RPCT
------------	-----------------------------------	------

30.04.2026	Pubblicazione sintesi Relazione RPCT 2025 in Amministrazione Trasparente	RPCT
------------	--	------

30.04.2026	Report annuale conflitti interesse in Relazione RPCT	RPCT
------------	--	------

30.06.2026	Procedura organizzativa somministrazione terapie	DS + RPCT + RQ
------------	--	----------------

30.06.2026	Approvazione Codice Etico aggiornato	CdA + RPCT
------------	--------------------------------------	------------

30.06.2026	Completamento mappatura segregazione funzioni processi sensibili	CdA + RPCT
------------	--	------------

30.06.2026	Approvazione template check list procedure selezione fornitori	DA
------------	--	----

30.06.2026	Approvazione griglie valutazione personale (assunzioni/progressioni)	DS + RP
------------	--	---------

30.06.2026	Approvazione procedura formalizzata accesso civico	RPCT + DA
------------	--	-----------

30.06.2026	Approvazione procedura formalizzata gestione RENTRI	DS + DA
------------	---	---------

Q2 2026	Audit Farmacie periferiche	RPCT + DS + RQ
---------	----------------------------	----------------

Q2 2026	Audit Sicurezza ICT/NIS2	RPCT + DA + CSIRT
---------	--------------------------	-------------------

Q2 2026	Redazione e distribuzione Informativa Whistleblowing a tutti destinatari	RPCT
---------	--	------

Continuo Q2	Controlli mensili RENTRI (aprile, maggio, giugno)	DA + RPCT
----------------	---	-----------

Q3 2026 (Luglio - Settembre)

Scadenza	Attività	Responsabile
----------	----------	--------------

15.07.2026	Report trimestrale RPCT Q2 a CdA/OdV	RPCT
------------	--------------------------------------	------

31.07.2026	Report semestrale RPCT su audit farmacie periferiche	RPCT
------------	--	------

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Scadenza	Attività	Responsabile
30.09.2026	Diffusione Codice Etico aggiornato con acquisizione prese visione	DA
30.09.2026	Introduzione registri standardizzati carico/scarico farmaci in tutti reparti	DS
Q3 2026	Audit Somministrazione terapie (follow-up 2025 + verifica applicazione procedura)	RPCT + DS + RQ
Q3 2026	Audit Trasparenza sito web (post-aggiornamento)	RPCT + DA
Continuo Q3	Controlli mensili RENTRI (luglio, agosto, settembre)	DA + RPCT
Continuo Q3	Check mensili riconciliazione scorte farmaci	Resp. reparto + Magazziniere

Q4 2026 (Ottobre - Dicembre)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.10.2026	Report trimestrale RPCT Q3 a CdA/OdV	RPCT
31.12.2026	Completamento Modello organizzativo NIS2	DA + CSIRT + RPCT
31.12.2026	Pubblicazione Modello NIS2 in intranet + diffusione personale	DA
31.12.2026	Verifica semestrale RPCT su trasparenza sito (dicembre)	RPCT
Q4 2026	Audit Farmacie periferiche (Audit 2, a sorpresa)	RPCT + DS + RQ
Q4 2026	Audit RENTRI e rifiuti sanitari	RPCT + DS + DA
Continuo Q4	Controlli mensili RENTRI (ottobre, novembre, dicembre)	DA + RPCT
Continuo Q4	Check mensili riconciliazione scorte farmaci	Resp. reparto + Magazziniere

Attività CONTINUATIVE 2026

Attività	Frequenza	Responsabile
Formazione anticorruzione dipendenti/collaboratori	Continua anno	RQ + RPCT
Flussi informativi RPCT ↔ OdV	Min 2 riunioni/anno	RPCT + OdV
Aggiornamento Dossier NIS2	Continua	RPCT + CSIRT
Gestione segnalazioni whistleblowing	Ad evento (entro 90 gg)	RPCT
Gestione richieste accesso civico	Ad evento (entro 30 gg)	RPCT + DA
Check mensili RENTRI	Mensile	DA + RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Attività	Frequenza	Responsabile
Check mensili scorte farmaci	Mensile	Resp. reparto + Mag
Applicazione segregazione funzioni appalti/personale	Continua	DA + DS

11.3 ANNO 2027 - Consolidamento e aggiornamento

Q1 2027 (Gennaio - Marzo)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.01.2027	Report trimestrale RPCT Q4 2026 a CdA/OdV	RPCT
31.01.2027	Riesame e aggiornamento annuale PTPCT 2026-2028 (versione 2027)	RPCT
31.01.2027	Approvazione PTPCT aggiornato da parte CdA	CdA
10.02.2027	Pubblicazione PTPCT aggiornato 2027 in Amministrazione Trasparente	RPCT
28.02.2027	Scadenza raccolta dichiarazioni conflitto interessi annuali 2027	DA + RPCT
31.03.2027	Valutazione RPCT dichiarazioni conflitti 2027	RPCT

Q1 2027	Audit Protocolli documentali 2026	RPCT + DA
Q1 2027	Audit RENTRI e rifiuti (annuale)	RPCT + DS + DA
Continuo Q1	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT

Q2 2027 (Aprile - Giugno)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.04.2027	Report trimestrale RPCT Q1 2027 a CdA/OdV	RPCT
30.04.2027	Relazione annuale RPCT 2026 a CdA	RPCT
30.04.2027	Pubblicazione sintesi Relazione RPCT 2026	RPCT
30.06.2027	Aggiornamento Modello 231 per rischi cyber (post-NIS2)	OdV + RPCT + DA
30.06.2027	Aggiornamento Manuale gestione documentale (richiamo anticorruzione/trasparenza)	DA + RPCT
Q2 2027	Audit Farmacie periferiche (Audit 1)	RPCT + DS + RQ
Q2 2027	Audit Igiene mani/ICA	RPCT + DS + RQ
Q2 2027	Verifica semestrale RPCT trasparenza sito (giugno)	RPCT
Q2 2027	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Q3 2027 (Luglio - Settembre)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.07.2027	Report trimestrale RPCT Q2 2027 a CdA/OdV	RPCT
31.07.2027	Report semestrale RPCT audit farmacie	RPCT
Q3 2027	Audit Appalti e forniture	RPCT + OdV + DA
Q3 2027	Audit Sicurezza ICT/NIS2 (follow-up post-completamento modello 2026)	RPCT + DA + CSIRT
Continuo Q3	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT

Q4 2027 (Ottobre - Dicembre)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.10.2027	Report trimestrale RPCT Q3 2027 a CdA/OdV	RPCT
31.12.2027	Verifica semestrale RPCT trasparenza sito (dicembre)	RPCT
Q4 2027	Audit Farmacie periferiche (Audit 2, sorpresa)	RPCT + DS + RQ
Q4 2027	Audit Gestione personale	RPCT + DS + RP
Continuo Q4	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT

Attività CONTINUATIVE 2027

Attività	Frequenza	Responsabile
Formazione continua anticorruzione	Continua	RQ + RPCT
Monitoraggio KPI	Trimestrale	Owner + RPCT
Flussi RPCT-OdV	Min 2/anno	RPCT + OdV
Gestione whistleblowing	Ad evento	RPCT
Gestione accesso civico	Ad evento	RPCT + DA
Check mensili RENTRI	Mensile	DA + RPCT
Check mensili farmaci	Mensile	Resp. reparto

11.4 ANNO 2028 - Consolidamento e preparazione nuovo ciclo

Q1 2028 (Gennaio - Marzo)

Scadenza	Attività	Responsabile
15.01.2028	Report trimestrale RPCT Q4 2027 a CdA/OdV	RPCT
31.01.2028	Riesame e aggiornamento annuale PTPCT	RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Scadenza	Attività	Responsabile
	(versione 2028)	
31.01.2028	Approvazione PTPCT aggiornato 2028	CdA
10.02.2028	Pubblicazione PTPCT aggiornato 2028	RPCT
28.02.2028	Raccolta dichiarazioni conflitti 2028	DA + RPCT
31.03.2028	Valutazione dichiarazioni conflitti 2028	RPCT
Q1 2028	Audit RENTRI annuale	RPCT + DS + DA
Continuo Q1	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT
Q2 2028 (Aprile - Giugno)		
Scadenza	Attività	Responsabile
15.04.2028	Report trimestrale RPCT Q1 2028 a CdA/OdV	RPCT
30.04.2028	Relazione annuale RPCT 2027 a CdA	RPCT
30.04.2028	Pubblicazione sintesi Relazione RPCT 2027	RPCT
Q2 2028	Audit Farmacie periferiche (Audit 1)	RPCT + DS + RQ
Q2 2028	Audit Somministrazione terapie (follow-up triennale)	RPCT + DS + RQ + OdV
Q2 2028	Verifica semestrale trasparenza (giugno)	RPCT
Q2 2028	Formazione responsabili conflitti (ciclo biennale 2028-2030)	RQ + RPCT
Q2 2028	Formazione personale protocollo (ciclo biennale 2028-2030)	RQ + RPCT
Continuo Q2	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT
Q3 2028 (Luglio - Settembre)		
Scadenza	Attività	Responsabile
15.07.2028	Report trimestrale RPCT Q2 2028 a CdA/OdV	RPCT
31.07.2028	Report semestrale audit farmacie	RPCT
Q3 2028	Audit Trasparenza sito (biennale)	RPCT + DA
Q3 2028	Audit Patrimonio (biennale 2026-2028)	RPCT + DA
Continuo Q3	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT
Q4 2028 (Ottobre - Dicembre)		
Scadenza	Attività	Responsabile
15.10.2028	Report trimestrale RPCT Q3 2028 a CdA/OdV	RPCT

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Scadenza	Attività	Responsabile
31.12.2028	Verifica semestrale trasparenza (dicembre)	RPCT
31.12.2028	AVVIO elaborazione PTPCT 2029-2031 (nuovo ciclo triennale)	RPCT
Q4 2028	Audit Farmacie periferiche (Audit 2, sorpresa)	RPCT + DS + RQ
Q4 2028	Audit Igiene mani/ICA (annuale)	RPCT + DS + RQ
Q4 2028	Audit Revisione generale PTPCT 2026-2028	RPCT + OdV + CdA
Continuo Q4	Controlli mensili RENTRI	DA + RPCT

Attività CONTINUATIVE 2028

Attività	Frequenza	Responsabile
Formazione continua anticorruzione	Continua	RQ + RPCT
Monitoraggio KPI	Trimestrale	Owner + RPCT
Flussi RPCT-OdV	Min 2/anno	RPCT + OdV
Gestione whistleblowing	Ad evento	RPCT
Gestione accesso civico	Ad evento	RPCT + DA
Check mensili RENTRI	Mensile	DA + RPCT
Check mensili farmaci	Mensile	Resp. reparto

11.5 Riepilogo scadenze critiche triennio

Data	Milestone critica	Responsabile	Impatto mancato rispetto
30.06.2026	Approvazione Procedura somministrazione terapie	DS + RPCT + RQ	NC grave; rischio organizzativo paziente; possibile responsabilità 231
30.09.2026	Completamento aggiornamento Amministrazione Trasparente	RPCT + DA	NC media; possibile rilievo ANAC; carenza trasparenza
31.12.2026	Completamento Modello organizzativo NIS2	DA + CSIRT + RPCT	NC grave; inadempimento normativo NIS2; possibili sanzioni; rischio cyber non gestito
30.06.2027	Aggiornamento Modello 231 rischi cyber	OdV + RPCT + DA	NC media; Modello 231 non allineato a rischi effettivi; potenziale responsabilità
30.06.2027	Aggiornamento Manuale gestione documentale	DA + RPCT	NC lieve; carenza procedurale
31.12.2028	Elaborazione PTPCT 2029-2031	RPCT + CdA	Ritardo nuovo ciclo; mancata approvazione entro 31.01.2029

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

11.6 Gantt semplificato triennio (rappresentazione visiva)

Legenda attività:

- ● Milestone critica
- ● Audit programmato
- ● Attività ricorrente
- ● Report/Relazione

ANNO 2026

— Q1: Approvazione PTPCT ✔ | Dichiarazioni conflitti ●
 — Q2: Relazione RPCT 2025 ● | Procedura terapie ● | Audit Farmacie ● | Audit NIS2 ●
 — Q3: Aggiornamento Amm. Trasparente ● | Audit Terapie ● | Audit Trasparenza ●
 — Q4: Modello NIS2 ● | Audit Farmacie (sorpresa) ● | Audit RENTRI ●

ANNO 2027

— Q1: Riesame PTPCT | Dichiarazioni conflitti ● | Audit Protocolli ●
 — Q2: Relazione RPCT 2026 ● | Modello 231 cyber ● | Manuale documentale ● | Audit Farmacie ● | Audit ICA ●
 — Q3: Audit Appalti ● | Audit NIS2 follow-up ●
 — Q4: Audit Farmacie (sorpresa) ● | Audit Personale ●

ANNO 2028

— Q1: Riesame PTPCT | Dichiarazioni conflitti ● | Audit RENTRI ●
 — Q2: Relazione RPCT 2027 ● | Audit Farmacie ● | Audit Terapie follow-up ●
 — Q3: Audit Trasparenza ● |
 — Q4: Avvio PTPCT 2029-2031 ● | Audit Farmacie (sorpresa) ● | Audit ICA ● | Revisione generale PTPCT ●

12. INDICATORI DI PERFORMANCE E SOGLIE

12.1 Premessa

Gli indicatori di performance (KPI - Key Performance Indicators) costituiscono lo strumento di misurazione quantitativa dell'efficacia del PTPCT e del sistema di prevenzione della corruzione.

Gli indicatori sono già stati dettagliati nel capitolo 10.5 (Sistema di monitoraggio continuo - KPI e soglie). Il presente capitolo ne fornisce una sintesi strutturata e introduce indicatori di performance complessivi del sistema anticorruzione.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

12.2 Struttura sistema indicatori

Il sistema di indicatori si articola su tre livelli:

12.2.1 LIVELLO 1 - Indicatori di PROCESSO (attività)

Misurano l'attuazione effettiva delle misure e delle attività previste dal PTPCT.

Esempi:

- % misure PTPCT implementate
- N. audit effettuati vs programmati
- % dichiarazioni conflitto interessi acquisite
- N. report trimestrali prodotti nei tempi
- % formazione erogata vs programmata

Finalità: verificare che il PTPCT sia effettivamente operativo

12.2.2 LIVELLO 2 - Indicatori di RISULTATO (output)

Misurano i risultati diretti delle attività di prevenzione.

Esempi:

- N. non conformità rilevate in audit
- N. situazioni conflitto interesse gestite
- N. segnalazioni whistleblowing ricevute e gestite
- N. azioni correttive chiuse nei tempi
- Tempo medio chiusura NC

Finalità: verificare che le attività producano risultati concreti (rilevazione criticità, correzioni).

12.2.3 LIVELLO 3 - Indicatori di IMPATTO (outcome)

Misurano l'efficacia complessiva del sistema anticorruzione nel ridurre i rischi.

Esempi:

- N. eventi corruttivi/tentativi rilevati (obiettivo: 0)
- N. procedimenti penali per corruzione a carico personale (obiettivo: 0)
- N. sanzioni ANAC/ASP/altre Autorità per violazioni anticorruzione (obiettivo: 0)
- Trend rischio residuo aree critiche (obiettivo: riduzione progressiva)
- Livello percezione etica organizzativa (eventuale survey interna)

Finalità: verificare che il PTPCT funzioni effettivamente nel prevenire la corruzione.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Target pluriennali (2026-2028)

Traiettoria implementazione PTPCT

Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
% misure PTPCT implementate	80%	95%	100%
Rischio residuo medio aree critiche (scala 1-9)	6	5	4
% NC gravi riduzione vs 2025	Baseline	-20%	-40%
% audit programmati svolti	100%	100%	100%

Interpretazione traiettoria:

- 2026: anno consolidamento → focus su implementazione misure prioritarie, completamento milestone critiche (NIS2, terapie, trasparenza)
- 2027: anno rafforzamento → tutte misure operative, prima riduzione NC gravi, aggiornamenti normativi (231 cyber, Manuale documentale)
- 2028: anno maturità → sistema pienamente operativo, riduzione significativa rischi residui, preparazione nuovo ciclo PTPCT 2029-2031

Obiettivi strategici per area (triennio)

AREA BUDGET/DRG:

- Mantenere scostamento produzione/budget entro $\pm 15\%$ annuo
- Zero extra-budget non deliberato
- Zero contestazioni gravi ASP su appropriatezza

AREA FARMACIE:

- Ridurre incongruenze giacenze da 6 (2025) a ≤ 2 (2028)
- Zero farmaci scaduti in reparti
- 100% farmacie periferiche auditate 2/anno (di cui 1 a sorpresa)

AREA NIS2:

- Completamento modello organizzativo entro 31.12.2026
- Aggiornamento 231 rischi cyber entro 30.06.2027
- Ridurre incidenti significativi ≤ 1 /anno entro 2028
- Zero violazioni dati gravi

AREA SOMMINISTRAZIONE TERAPIE:

- Procedura formalizzata entro 30.06.2026
- 100% reparti auditati nel triennio
- Zero NC gravi su sicurezza paziente

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

AREA TRASPARENZA:

- 100% obblighi pubblicazione adempiuti entro Q3 2026
- Zero ritardi gestione accesso civico
- Zero rilievi esterni su trasparenza

AREA RENTRI:

- Zero sanzioni amministrative
- ≤ 2 registrazioni fuori termine/anno
- 100% check mensili effettuati

AREA ICA:

- % conformità igiene mani $\geq 95\%$ entro 2028
- Ridurre ICA a ≤ 2 /anno
- 100% personale sanitario formato annualmente

AREA CONFLITTI:

- 100% dichiarazioni acquisite annualmente
- 100% situazioni conflitto rilevate gestite con misure

AREA WHISTLEBLOWING:

- Zero violazioni riservatezza
- Zero ritorsioni
- 100% segnalazioni gestite entro 90 gg

13. FORMAZIONE E CULTURA ORGANIZZATIVA

13.1 Premessa: la formazione come pilastro della prevenzione

La formazione costituisce uno degli strumenti più efficaci di prevenzione della corruzione, in quanto:

- Diffonde conoscenza delle norme anticorruzione, dei rischi e delle misure
- Sviluppa consapevolezza sui comportamenti corretti e sulle conseguenze di quelli scorretti
- Crea cultura organizzativa improntata a integrità, trasparenza, legalità
- Riduce errori inconsapevoli derivanti da ignoranza delle regole
- Favorisce emersione criticità (personale formato è più capace di rilevare anomalie e segnalarle)

La Casa di Cura Cristo Re adotta un approccio sistematico e differenziato alla formazione, con contenuti calibrati sui destinatari e sui ruoli.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

13.2 Destinatari formazione

13.2.1 Classificazione destinatari

Categoria	Descrizione
TUTTO IL PERSONALE	Tutti dipendenti + collaboratori continuativi
RESPONSABILI E DIRIGENTI	Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Responsabili reparto/ufficio, Coordinatori
PERSONALE AREE AD ALTO RISCHIO	Personale che opera in aree a rischio MEDIO-ALTO (acquisti, HR, budget, farmaci, ICT, rapporti PA)
COMPONENTI ORGANI SOCIALI	CdA, Collegio Sindacale, OdV
NUOVI ASSUNTI	Dipendenti/collaboratori neo-assunti
FORNITORI CRITICI	Fornitori che operano stabilmente in Casa di Cura o gestiscono processi sensibili

13.3 Contenuti formazione

Durata: min 2 ore/anno

Modalità: sessioni collettive in aula o webinar + materiali e-learning

Contenuti:

Modulo 1: Introduzione anticorruzione (30 min)

- Cos'è la corruzione (definizione, tipologie: corruzione attiva/passiva, concussione, traffico influenze, etc.)
- Perché prevenire la corruzione (danni economici, reputazionali, sociali)
- Quadro normativo: L. 190/2012, D.Lgs. 231/2001, D.Lgs. 33/2013, Codice Penale

Modulo 2: PTPCT e Modello 231 Casa di Cura (30 min)

- Struttura e contenuti PTPCT 2026-2028
- Modello 231: cos'è, perché esiste, reati presupposto rilevanti
- Integrazione PTPCT-231-Qualità
- Ruoli: RPCT, OdV, CdA, responsabilità personale

Modulo 3: Codice Etico e comportamenti attesi (20 min)

- Principi Codice Etico
- Comportamenti corretti vs scorretti (esempi concreti)
- Regali, ospitalità, conflitti interesse

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Rapporti con PA/fornitori/pazienti

Modulo 4: Whistleblowing e segnalazioni (20 min)

- Cos'è il whistleblowing (D.Lgs. 24/2023)
- Cosa segnalare (violazioni segnalabili)
- Come segnalare (canali interni: email, piattaforma, busta, incontro)
- Garanzie: riservatezza, divieto ritorsione, tutele
- Obbligo segnalare vs facoltà

Modulo 5: Trasparenza e accesso civico (10 min)

- Obblighi trasparenza Casa di Cura
- Sezione "Amministrazione Trasparente" sito
- Diritto accesso civico (semplice/generalizzato)
- Modalità richiesta accesso

Modulo 6: Sanzioni e conseguenze violazioni (10 min)

- Sanzioni disciplinari (Modello 231, regolamento interno)
- Responsabilità civile (risarcimento danni)
- Responsabilità penale (reati corruzione)
- Esempi casi

Test valutazione finale: 10 domande a risposta multipla (soglia superamento: 7/10)

PERSONALE HR:

- Procedure selezione personale (trasparenza, criteri oggettivi, griglie valutazione)
- Conflitti interesse in assunzioni (nepotismo, favoreggiamenti)
- Verifiche titoli e requisiti
- Dichiarazioni incompatibilità
- Gestione incarichi esterni dipendenti
- Formazione come presidio anticorruzione

PERSONALE AMMINISTRATIVO (BUDGET, RENDICONTAZIONE SSN):

- Normativa rendicontazione SSN/ASP
- DRG: appropriatezza, up-coding, rischi
- Extra-budget: gestione, autorizzazioni, delibere
- Tracciabilità dati economico-produttivi
- Rapporti con ASP: trasparenza, documentazione
- Red flags bilancio/budget (scostamenti anomali, dati incongruenti)

PERSONALE FARMACIA/MAGAZZINO:

- Procedure gestione farmaci (carico, scarico, scadenze)
- Registri reparto e farmacie periferiche

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Check mensili riconciliazione scorte
- Gestione farmaci scaduti e smaltimento
- Rifiuti sanitari speciali (RENTRI, tracciabilità)
- Red flags farmaci (incongruenze, furti, sprechi)

PERSONALE ICT:

- Sicurezza informatica e NIS2
- Gestione accessi (privilegi, password, accessi remoti)
- Gestione incidenti cyber
- Logging e tracciabilità
- Backup e continuità operativa
- Rapporti con fornitori ICT: controlli, SLA
- Red flags cyber (accessi anomali, malware, data breach)

PERSONALE SANITARIO (DS, COORDINATORI, INFERMIERI):

- Liste attese: criteri priorità, trasparenza, divieto accessi preferenziali
- Appropriatelyzza clinica e DRG complessi
- Somministrazione terapie: procedura, tracciabilità, controllo assunzione
- Igiene mani e ICA: procedure, audit, responsabilità
- Conflitti interesse medici (rapporti aziende farmaceutiche, attività libero-professionale)
- Riservatezza dati sanitari pazienti

LIVELLO GOVERNANCE (organi sociali)

Destinatari: CdA, Collegio Sindacale, OdV

Durata: min 3 ore/biennale

Modalità: sessioni dedicate con docente esterno esperto (avvocato, consulente ANAC)

Contenuti:

Modulo 1: Responsabilità organi sociali (60 min)

- Responsabilità CdA in materia anticorruzione (culpa in organizzando, culpa in vigilando)
- Responsabilità Sindaci (controllo su adeguatezza sistema anticorruzione)
- Responsabilità OdV (vigilanza Modello 231)
- Giurisprudenza: casi responsabilità amministratori/sindaci per carenze anticorruzione
- Esonero responsabilità: presupposti (adeguatezza sistema, vigilanza effettiva)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

INDUCTION (nuovi assunti)

Quando: entro 30 giorni dall'assunzione

Durata: 1 ora

Modalità: sessione individuale o piccoli gruppi + consegna materiali

Contenuti:

- Presentazione PTPCT, Codice Etico, Modello 231
- Consegna documenti (PTPCT, Codice Etico, Informativa Whistleblowing, Policy principali)
- Sottoscrizione dichiarazioni: presa visione PTPCT/Codice Etico, assenza conflitti interesse, incompatibilità
- Presentazione RPCT e canali segnalazione
- Obblighi dipendente/collaboratore

Gestione inadempimenti formativi

Mancata partecipazione formazione obbligatoria

Se dipendente/collaboratore non partecipa senza giustificazione:

1° inadempimento:

- Sollecito scritto (email/PEC) da Responsabile Qualità
- Nuova convocazione sessione formativa

2° inadempimento (mancata partecipazione anche a sessione recupero):

- Segnalazione a responsabile diretto
- Convocazione formale con richiesta spiegazioni
- Annotazione fascicolo personale

3° inadempimento (reiterazione o rifiuto esplicito):

- Segnalazione a RPCT e Direzione Amministrativa
- Possibile avvio procedimento disciplinare (violazione obblighi contrattuali + PTPCT + Modello 231)
- Sanzioni proporzionate: richiamo scritto, multa, sospensione (casi gravi)

Giustificazioni accettabili:

- Malattia (certificato medico)
- Ferie programmate (comunicazione preventiva con riprogrammazione)
- Assenza per esigenze servizio (autorizzazione responsabile con riprogrammazione)

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Formazione RPCT, OdV, responsabili

13.4 Formazione continua RPCT

RPCT deve mantenersi aggiornato su:

- Modifiche normative (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, D.Lgs. 24/2023, etc.)
- Delibere e linee guida ANAC
- Giurisprudenza anticorruzione
- Best practice settore sanitario

Modalità aggiornamento RPCT:

- Partecipazione a convegni/seminari ANAC (min 1/anno)
- Iscrizione newsletter ANAC e monitoraggio sito
- Corsi specialistici anticorruzione per RPCT (es. corsi Scuola Nazionale Amministrazione, università, associazioni professionali)
- Networking con RPCT altre strutture sanitarie (scambio esperienze, confronto)

Budget: CdA assicura risorse per formazione continua RPCT (iscrizione corsi, trasferte convegni)

Formazione OdV

OdV mantiene aggiornamento su:

- Modello 231: modifiche normative, giurisprudenza, best practice
- Anticorruzione (coordinamento con RPCT)
- Rischi specifici settore sanitario

Modalità:

- Partecipazione convegni 231/anticorruzione
- Corsi specialistici OdV
- Aggiornamento tramite associazioni professionali

13.5 Ruolo leadership (CdA, Direzioni)

Tone at the top: comportamento vertici è fondamentale per cultura integrità.

CdA e Direzioni devono:

- Comunicare chiaramente commitment anticorruzione (dichiarazioni pubbliche, riunioni)
- Dare esempio (rispetto scrupoloso norme, dichiarazioni conflitti, partecipazione formazione)
- Non tollerare violazioni (sanzioni certe e proporzionate, anche per ruoli apicali)
- Valorizzare trasparenza e segnalazioni (non reprimere segnalanti, incoraggiare emersione criticità)

Messaggio chiave da diffondere:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

"La prevenzione della corruzione non è un adempimento burocratico, ma un valore fondante della nostra organizzazione. Integrità, trasparenza e legalità sono condizioni imprescindibili per lavorare in Casa di Cura Cristo Re."

13.6 Comunicazione verso stakeholder esterni

Trasparenza verso pazienti, fornitori, ASP:

- Pubblicazione PTPCT in Amministrazione Trasparente (già prevista)
- Informativa whistleblowing accessibile anche a stakeholder esterni
- Sezione dedicata sito web "Integrità e Trasparenza" con:
 - Impegno Casa di Cura anticorruzione
 - Link PTPCT, Codice Etico, Modello 231
 - Contatti RPCT
 - Come segnalare (whistleblowing, accesso civico)

14. CONCLUSIONI E IMPEGNO DELL'ORGANO DI INDIRIZZO

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza rappresenta l'esito di un lavoro strutturato, sistematico e consapevole, volto a integrare i principi di legalità, integrità e trasparenza nel funzionamento ordinario della Casa di Cura Cristo Re S.r.l., quale organizzazione sanitaria accreditata che opera in un contesto ad elevata responsabilità pubblica.

Il Piano non costituisce un mero adempimento normativo, bensì uno strumento di governance, orientato alla prevenzione sostanziale dei rischi corruttivi, al rafforzamento dei presidi di controllo interno e alla diffusione di una cultura organizzativa fondata sulla responsabilità individuale e collettiva.

Il Consiglio di Amministrazione e le Direzioni aziendali riconoscono che l'efficacia delle misure previste dipende in modo determinante dal comportamento dei vertici, dal rispetto rigoroso delle regole, dalla trasparenza dei processi decisionali e dalla capacità di intercettare e gestire tempestivamente le criticità. In tale prospettiva, il principio del **tone at the top** assume valore centrale quale fattore abilitante di un sistema di prevenzione realmente efficace.

La Casa di Cura Cristo Re si impegna formalmente a:

- 1. Garantire il costante aggiornamento del Piano** in relazione all'evoluzione normativa, organizzativa e operativa, con riesame annuale strutturato e modifiche tempestive in caso di emersione di nuovi rischi significativi;
- 2. Assicurare il coinvolgimento attivo** delle strutture aziendali, dei dirigenti e del personale nell'attuazione delle misure previste, attraverso responsabilizzazione diffusa, formazione continua e sistemi di monitoraggio efficaci;
- 3. Promuovere un clima organizzativo** improntato alla fiducia, alla trasparenza e alla tutela delle segnalazioni, contrastando ogni forma di ritorsione o condotta elusiva, nella consapevolezza che l'emersione delle criticità costituisce opportunità di miglioramento e non elemento di debolezza;
- 4. Rafforzare la comunicazione** verso gli stakeholder esterni – pazienti, fornitori, Autorità di controllo,

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

comunità territoriale – rendendo accessibili e comprensibili gli strumenti di integrità adottati, attraverso la pubblicazione trasparente del PTPCT e dei relativi esiti applicativi;

5. Assicurare risorse adeguate – umane, finanziarie, tecnologiche – per l'attuazione effettiva del Piano, evitando che le misure di prevenzione rimangano dichiarazioni di principio prive di concreta operatività;

6. Garantire l'autonomia e l'indipendenza del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, fornendo supporto, interlocuzione diretta con il Consiglio di Amministrazione e attuazione tempestiva delle proposte di intervento correttivo;

7. Applicare con rigore il sistema sanzionatorio nei confronti di chiunque violi le disposizioni del PTPCT, del Codice Etico o del Modello 231, a prescindere dal ruolo ricoperto, nella consapevolezza che la certezza della sanzione costituisce presupposto di credibilità del sistema.

Ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza continuerà a svolgere il proprio ruolo di presidio indipendente, in raccordo con gli organi societari e le funzioni di controllo, assicurando:

- Monitoraggio sistematico dell'attuazione delle misure e degli indicatori di performance;
- Reporting annuale al Consiglio di Amministrazione e all'Organismo di Vigilanza, con evidenziazione tempestiva di criticità e proposte di intervento;
- Supporto operativo alle funzioni aziendali nell'interpretazione e nell'applicazione delle disposizioni anticorruzione;
- Vigilanza sull'effettività delle tutele previste per i segnalanti e sulla conformità dei comportamenti organizzativi ai principi di integrità;
- Impulso al miglioramento continuo attraverso audit mirati, analisi dei rischi emergenti e aggiornamento progressivo del sistema di prevenzione.

La prevenzione della corruzione è un processo continuo, che richiede coerenza, vigilanza e assunzione di responsabilità a ogni livello dell'organizzazione. Non si esaurisce nell'adozione formale di un documento programmatico, ma si realizza nella quotidianità delle scelte operative, nella trasparenza delle relazioni, nella qualità dei controlli e nella capacità di reagire prontamente alle deviazioni.

La Casa di Cura Cristo Re conferma, con il presente Piano, la volontà di operare secondo criteri di correttezza, trasparenza e legalità, nella consapevolezza che tali valori costituiscono condizioni imprescindibili per la qualità delle cure, la tutela dei pazienti e la credibilità dell'istituzione.

Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza qui delineato non rappresenta un punto di arrivo, ma un percorso in evoluzione, che sarà oggetto di monitoraggio, verifica e aggiornamento costante, con l'obiettivo di consolidare progressivamente una cultura organizzativa in cui integrità e responsabilità costituiscano patrimonio condiviso e non eccezione.

Il PTPCT 2026-2028 che si consegna al Consiglio di Amministrazione per l'approvazione costituisce il risultato di un'analisi approfondita dei rischi, delle vulnerabilità organizzative e delle opportunità di miglioramento emerse nel corso del 2025.

L'approccio seguito è stato quello di costruire un Piano operativo, pratico e misurabile, in cui ogni misura è accompagnata da responsabilità precise, tempistiche definite, indicatori di attuazione e modalità di verifica.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Si è posta particolare attenzione a garantire la piena conformità normativa in materia di whistleblowing (D.Lgs. 24/2023), trasparenza (D.Lgs. 33/2013, art. 41), sicurezza informatica (D.Lgs. 138/2024 - NIS2) e gestione dei conflitti di interesse, integrando contestualmente le evidenze emerse dagli audit svolti nel 2025 su farmacie periferiche, somministrazione terapie, gestione RENTRI e igiene delle mani.

Il Piano si fonda su tre pilastri: prevenzione, attraverso la mappatura puntuale dei rischi e l'implementazione di misure di controllo proporzionate; rilevazione, attraverso un sistema articolato di audit programmati, indicatori di performance e canali di segnalazione; reazione, attraverso procedure strutturate di gestione delle non conformità, azioni correttive tempestive e reporting trasparente verso gli organi di governo.

L'efficacia del PTPCT dipenderà in misura determinante dalla capacità di tradurre le prescrizioni in prassi operative consolidate, dalla responsabilizzazione diffusa di tutte le funzioni aziendali e dal supporto convinto del Consiglio di Amministrazione e delle Direzioni. Il ruolo del RPCT sarà quello di facilitatore, verificatore e garante del processo, ma l'attuazione concreta delle misure è responsabilità condivisa di tutta l'organizzazione.

Confido che il presente Piano possa rappresentare un contributo solido e duraturo al rafforzamento del sistema di governance della Casa di Cura Cristo Re, nella consapevolezza che la prevenzione della corruzione non è un costo, ma un investimento sulla qualità, sulla sostenibilità e sulla reputazione dell'istituzione.

Messina, 30 gennaio 2026

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Nunziata Rossitto

(Firma digitale)

**Per il Consiglio di Amministrazione
Il Presidente**

Concetta Trimarchi

(Firma digitale)