TFA TRADE S.R.L.

Ambulatorio di Radiologia Diagnostica
Marsala (TP) - Via Francesco Crispi n. 86

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2026 - 2028

Rev. 00 - Luglio 2026

INDICE

Sommario

1. PREMESSA 4

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE 4

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

3.1 La posizione di TFA TRADE S.R.L. rispetto alla L. 190/2012 5

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

3.3 La norma UNI ISO 37001:2025 6

3.4 Ulteriore quadro normativo e regolamentare rilevante 6

4. FINALITÀ DEL PIANO 7

5. AMBITO DI APPLICAZIONE 7

5.1 Ambito soggettivo 7

5.2 Ambito oggettivo 8

6. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) 8

6.1 Nomina e criteri di scelta 8

6.2 Compiti e poteri del RPCT; rapporti con l'Organismo di Vigilanza 9

6.3 Responsabilità del RPCT 10

7. GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE 10

8. METODOLOGIA DI GESTIONE DEL RISCHIO 11

8.1 Analisi del contesto 11

8.2 Valutazione del rischio 14

8.3 Trattamento del rischio 16

8.4 Monitoraggio e riesame 16

9. MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E MISURE SPECIFICHE 17

9.1 Area A - Accreditamento istituzionale, accordi contrattuali e rapporti con il S.S.R. 17

9.2 Area B - Prenotazione, accesso alle prestazioni e liste di attesa 18

9.3 Area C - Erogazione, refertazione, registrazione e rendicontazione delle prestazioni al S.S.R. 19

9.4 Area D - Autorizzazione sanitaria, adempimenti, verifiche e ispezioni 20

9.5 Area E - Acquisti, fornitori, apparecchiature elettromedicali e radiologiche, radioprotezione e rifiuti sanitari 21

9.6 Area F - Personale, incarichi professionali e formazione 22

9.7 Area G - Gestione dei flussi economici e finanziari 23

9.8 Area H - Relazioni esterne, omaggi, sponsorizzazioni e comunicazione sanitaria 24

9.9 Area I - Documentazione sanitaria, dati personali e sistemi informativi 25

10. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE 26

10.1 Codici di comportamento 26

10.2 Rotazione del personale e misure alternative 26

10.3 Formazione 27

10.4 Pantouflage - incompatibilità successiva 28

10.5 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi 28

10.6 Conflitto di interessi 28
10.7 Omaggi, liberalità, sponsorizzazioni e rapporti con informatori scientifici 29
10.8 Tutela del segnalante - whistleblowing 29
10.9 Segnalazione delle pressioni indebite 30
11. MISURE ULTERIORI TRASVERSALI 30
12. QUADRO RIEPILOGATIVO DELLE MISURE GENERALI E PROGRAMMAZIONE 31
13. MONITORAGGIO, FLUSSI INFORMATIVI E RELAZIONE ANNUALE 32
13.1 Il monitoraggio 32
13.2 Flussi informativi verso il RPCT 32
13.3 Relazione annuale del RPCT 33
14. TRASPARENZA 34
14.1 L'ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. 33/2013 34
14.2 La posizione di TFA TRADE S.R.L. 34
15. TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI 35
16. AGGIORNAMENTO DEL PIANO 35
ALLEGATO A - MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO CORRUTTIVO 36

1. PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche «PTPCT» o «il Piano») di TFA TRADE S.R.L. (di seguito anche «TFA», «la Società» o «l'Ente»), società a responsabilità limitata con socio unico che gestisce, in Marsala (TP), un ambulatorio di Radiologia Diagnostica, erogando prestazioni di diagnostica per immagini sia in regime di accreditamento istituzionale e convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, per il tramite dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani e dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, sia in regime privatistico.

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

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

TFA TRADE S.R.L., quale ente di diritto privato non partecipato né controllato da pubbliche amministrazioni, non rientra tra i soggetti obbligati per legge all'adozione delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/2012. Nondimeno la Società, in quanto struttura sanitaria privata accreditata e operante in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, ha ritenuto di adottare il presente Piano:

- in adesione all'«Atto di indirizzo per l'adeguamento del modello aziendale di organizzazione, gestione e controllo ex art. 6 D.Lgs. 231/2001 delle strutture sanitarie private alle disposizioni concernenti la prevenzione dei fenomeni corruttivi», emanato dall'Assessore della Salute della Regione Siciliana con Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018, che prescrive alle strutture private accreditate e convenzionate con il SSN di predisporre un apposito Piano di prevenzione della corruzione, da incardinare nell'esistente Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo, e di nominare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- in coerenza con i principi della norma UNI ISO 37001:2025 «Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione», cui la Società si ispira quale riferimento di buona prassi internazionale;
- quale sviluppo naturale e complemento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (di seguito «MOG 231» o «Modello 231») adottato dalla Società nella revisione 00 del luglio 2026, del quale il presente Piano richiama e valorizza, in chiave anticorruttiva, l'impianto di protocolli, principi di comportamento e flussi informativi;
- in considerazione della circostanza che il rapporto di accreditamento istituzionale della Società - trasferito in suo favore con D.R.S. n. 1367 del 4 dicembre 2024 dell'Assessorato della Salute - è espressamente subordinato dall'Amministrazione regionale a verifiche di legalità e al mantenimento dei requisiti, con facoltà di revoca in caso di accertati tentativi di infiltrazione mafiosa ai sensi del D.Lgs. 159/2011.

Il Piano per la prevenzione della corruzione di TFA per il triennio 2026-2028 presenta l'analisi delle tematiche che il legislatore riconnette alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e delinea le misure di contrasto in una forma declinata in relazione alle specificità organizzative della Società tenuto conto di quanto dettagliato dal 2016 ad oggi dal legislatore e dall'ANAC, con particolare riguardo alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La norma UNI ISO 37001:2025 definisce la corruzione come il comportamento consistente nell'«offerire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (che può essere economico o non economico), direttamente o indirettamente, e indipendentemente dal luogo, violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona».

Ai fini del presente Piano, coerentemente con l'impostazione del P.N.A., il concetto di corruzione è assunto in un'accezione ampia, che non coincide con le fattispecie penalistiche di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale, ma comprende ogni situazione in cui si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché

ogni ipotesi di «maladministration», intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Tale accezione ampia assume, nel contesto di una struttura di diagnostica per immagini accreditata, un rilievo del tutto peculiare. Il «vantaggio indebito» può infatti realizzarsi non soltanto attraverso la dazione o la promessa di denaro a un pubblico funzionario, ma anche - e più insidiosamente - attraverso condotte che alterano l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza nell'accesso alle prestazioni sanitarie, quali:

- l'anticipazione indebita di un paziente nella lista di attesa in cambio di un'utilità, per ragioni di conoscenza personale o su segnalazione interessata di terzi;
- l'orientamento del paziente dal regime accreditato al regime privatistico in assenza di ragioni cliniche, in particolare in prossimità della saturazione del tetto di spesa assegnato, ovvero mediante la rappresentazione di tempi di attesa artificiosamente lunghi in convenzione;
- la rendicontazione all'A.S.P. e all'Assessorato della Salute di prestazioni non erogate, erogate in misura inferiore, ovvero codificate secondo voci nomenclatore diverse e più remunerative rispetto alla prestazione effettivamente resa (c.d. upcoding);
- l'esecuzione di indagini diagnostiche non appropriate, ripetute o sovrabbondanti rispetto al quesito clinico, per finalità di saturazione del budget o di profitto, con esposizione ingiustificata del paziente a radiazioni ionizzanti;
- la refertazione non tempestiva, incompleta o meramente formale, ovvero la sottoscrizione di referti relativi a esami non personalmente valutati dal medico radiologo;
- la scelta di apparecchiature radiologiche, dispositivi, materiali di consumo, servizi di manutenzione o sistemi informativi sanitari sulla base di utilità personali percepite dal personale, anziché dell'interesse clinico del paziente e della Società;
- il riconoscimento di prestazioni diagnostiche gratuite o a condizioni di particolare favore a soggetti in grado di incidere su decisioni pubbliche che interessano la Società (procedimenti autorizzativi, verifiche sul mantenimento dei requisiti, controlli di appropriatezza, assegnazione dei tetti di spesa);
- il riconoscimento di utilità a medici prescrittori, pubblici o privati, per orientare i pazienti verso la struttura.

Il Piano assume dunque quale bene giuridico da presidiare non soltanto la correttezza dei rapporti con la Pubblica Amministrazione, ma anche l'imparzialità, l'appropriatezza, la sicurezza e la tracciabilità dell'attività sanitaria erogata, in particolare quando essa è finanziata con risorse pubbliche.

Assume altresì rilievo, quale forma di corruzione, il risparmio indebito di costi in materia di sicurezza sul lavoro e di radioprotezione (omissione o rarefazione delle verifiche periodiche e dei controlli di qualità sulle apparecchiature radiologiche, della sorveglianza fisica e dosimetrica, della manutenzione programmata), condotta che, oltre a integrare i presupposti dell'art. 25-septies del D.Lgs. 231/2001, costituisce tipica ipotesi di maladministration in danno dei lavoratori e dei pazienti.

Rileva infine la nozione di corruzione tra privati di cui all'art. 2635 c.c., espressamente richiamata dall'art. 25-ter del D.Lgs. 231/2001 e trattata nella Sezione IV della Parte Speciale del MOG 231, con specifico riguardo ai rapporti con i fornitori di apparecchiature elettromedicali e radiologiche, con le società di assistenza tecnica e con i fornitori di sistemi informativi sanitari (RIS/PACS), nonché il divieto di comparaggio di cui all'art. 170 del R.D. 1265/1934 (T.U.LL.SS.) e all'art. 123 del D.Lgs. 219/2006, riferito ai medicinali e dunque direttamente applicabile ai mezzi di contrasto eventualmente impiegati nelle indagini diagnostiche; per i dispositivi medici e i materiali sanitari, in relazione ai quali tale divieto non opera direttamente, il presidio è assicurato dai doveri di indipendenza professionale posti dal Codice di Deontologia Medica, dalla disciplina di cui al Regolamento (UE) 2017/745 e dalle misure specifiche previste del presente Piano.

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

3.1 La posizione di TFA TRADE S.R.L. rispetto alla L. 190/2012

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

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

- le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/2001, ai fini dell'adozione dei propri PTPCT;

- gli altri soggetti di cui all'art. 2-bis, comma 2, del D.Lgs. 33/2013 (enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico e associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato con bilancio superiore a cinquecentomila euro finanziati in modo maggioritario da pubbliche amministrazioni e i cui organi siano integralmente designati da queste ultime), ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

TFA TRADE S.R.L. è una società a responsabilità limitata interamente privata, il cui capitale sociale, pari a euro 150.000,00 interamente versati, è detenuto per l'intero da una persona fisica, priva di qualsiasi partecipazione pubblica e i cui organi non sono designati da pubbliche amministrazioni. Essa non rientra pertanto in alcuna delle categorie di cui all'art. 1, comma 2-bis, della L. 190/2012 e, conseguentemente, non è tenuta per legge né ad adottare un PTPCT né a nominare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Come chiarito dal parere del Consiglio di Stato, Commissione speciale, n. 1257 del 29 maggio 2017 e recepito nelle Linee guida ANAC n. 1134/2017, gli enti di diritto privato riconducibili all'art. 2-bis, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 sono esclusi dall'ambito di applicazione delle misure di prevenzione della corruzione diverse dalla trasparenza.

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

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

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

L'Atto di indirizzo prevede altresì che l'adeguamento delle strutture sanitarie private alle indicazioni ivi contenute sia sottoposto a verifica annuale e che il mancato adempimento possa costituire elemento di valutazione ai fini del mantenimento del rapporto di convenzionamento. TFA, quale struttura titolare di accreditamento istituzionale con il Servizio Sanitario Regionale, rientra pienamente nel perimetro soggettivo dell'Atto di indirizzo.

3.3 La norma UNI ISO 37001:2025

La norma UNI ISO 37001:2025 «Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione» definisce i requisiti per prevenire, individuare e contenere i fenomeni corruttivi in qualsiasi organizzazione, pubblica o privata, di qualsiasi dimensione. La Società si ispira ai principi di tale norma - in particolare quelli di leadership e impegno del vertice, valutazione del rischio proporzionata, due diligence sulle controparti, controlli finanziari e non finanziari, segnalazione e indagine - senza che ciò comporti, allo stato, l'avvio di un percorso di certificazione, la cui opportunità è oggetto di valutazione nel terzo anno di vigenza del Piano.

3.4 Ulteriore quadro normativo e regolamentare rilevante

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

- L. 6 novembre 2012, n. 190 e Piani Nazionali Anticorruzione adottati dall'ANAC;
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, in materia di trasparenza e accesso civico;
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, assunto quale parametro di riferimento per la redazione dei codici interni;
- Linee guida ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017 e delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 (Codici di comportamento nel settore sanitario);
- D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231 e Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo - Parte Generale e Parte Speciale - adottato dalla Società;

- D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni (whistleblowing), e Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023;
- D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia), con particolare riguardo all'art. 67, cui è espressamente subordinato il mantenimento dell'accreditamento istituzionale;
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 101/2018;
- L. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), con particolare riguardo agli obblighi di cui agli artt. 2, comma 5, 4 e 10;
- L. 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, commi 525 e 536, in materia di comunicazione informativa sanitaria e di obbligo di direttore sanitario nelle strutture sanitarie private;
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e D.Lgs. 31 luglio 2020, n. 101, in materia, rispettivamente, di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti;
- R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 (T.U.LL.SS.), artt. 170 e 193; D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 641, in materia di tassa di concessione governativa sull'autorizzazione sanitaria; D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219, art. 123, in materia di divieto di comparaggio relativo ai medicinali; Regolamento (UE) 2017/745 e D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46, per i dispositivi medici;
- D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 e disciplina RENTRI, in materia di gestione e tracciabilità dei rifiuti sanitari pericolosi;
- Codice di Deontologia Medica FNOMCeO, con particolare riguardo ai doveri di indipendenza professionale, al divieto di dicotomia e alla disciplina dell'informazione sanitaria;
- normativa regionale siciliana in materia di autorizzazione, accreditamento ed esercizio delle strutture sanitarie, ivi compresi il D.A. n. 890/2002, il D.A. n. 463/2003, la L.R. n. 5/2009, il D.A. n. 436/2021, il D.A. n. 724/2022, il D.A. n. 726 del 9 agosto 2022, il D.A. n. 741/2023 e il D.A. n. 20/2024.

4. FINALITÀ DEL PIANO

Attraverso l'adozione del presente PTPCT, TFA TRADE S.R.L. persegue le seguenti finalità:

- determinare in tutti i destinatari la piena consapevolezza che il manifestarsi di fenomeni corruttivi espone la Società a gravi conseguenze sul piano penale, amministrativo, reputazionale e, in ragione della natura accreditata dell'attività, sulla stessa continuità del rapporto con il Servizio Sanitario Regionale, il cui provvedimento costitutivo prevede espressamente ipotesi di revoca;
- assicurare che l'accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini, in particolare a quelle erogate in regime di accreditamento, avvenga secondo criteri di appropriatezza clinica, equità e trasparenza, in condizione di parità di trattamento tra i pazienti;
- garantire la veridicità, la completezza, la tempestività e la tracciabilità della documentazione sanitaria - in particolare dei referti e delle immagini diagnostiche - e della rendicontazione delle prestazioni rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei tetti di spesa e del nomenclatore tariffario;
- presidiare l'indipendenza delle scelte professionali, tecnologiche e di acquisto rispetto a utilità, omaggi, sponsorizzazioni, eventi formativi finanziati o altre forme di condizionamento provenienti da fornitori di apparecchiature e dispositivi, società di assistenza tecnica, informatori scientifici e altre controparti;
- assicurare la correttezza dei rapporti con l'A.S.P. di Trapani, con l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana e con ogni altro soggetto pubblico, con particolare riguardo ai procedimenti autorizzativi e di accreditamento e alle attività di verifica, ispezione e controllo di appropriatezza;
- prevenire il rischio di condizionamento o di infiltrazione da parte della criminalità organizzata nei rapporti di fornitura, di servizio e di lavoro, presidiando gli adempimenti antimafia cui è subordinato il mantenimento dell'accreditamento;
- rafforzare, con valenza anticorruttiva, i presidi già implementati con il MOG 231, evitando duplicazioni di adempimenti e assicurando il coordinamento tra il sistema 231 e il sistema anticorruzione;
- promuovere una cultura organizzativa della legalità, dell'integrità e della trasparenza, anche mediante attività di formazione mirata e la messa a disposizione di canali di segnalazione protetti.

5. AMBITO DI APPLICAZIONE

5.1 Ambito soggettivo

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

- all'Amministratore Unico, nella triplice veste di legale rappresentante, socio unico e Datore di Lavoro ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 81/2008;
- al Direttore Sanitario/Direttore Tecnico, responsabile dell'organizzazione igienico-sanitaria della struttura e della rispondenza tecnico-funzionale dei servizi erogati;
- all'Organismo di Vigilanza e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- a tutto il personale dipendente, con qualsiasi qualifica e tipologia contrattuale - Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Addette all'Accettazione, Addetta alla Contabilità, Impiegato addetto alla manutenzione e sorveglianza (anche quale R.L.S.), Autista - ivi compreso il personale in somministrazione, i tirocinanti e i volontari;
- ai medici specialisti in radiodiagnostica e agli altri professionisti sanitari che operano presso la struttura in forza di contratto d'opera professionale, sia in regime accreditato sia in regime privatistico;
- ai professionisti e consulenti esterni formalmente incaricati: R.S.P.P., Medico Competente, Medico Autorizzato, Esperto di Radioprotezione, Amministratore di Sistema, Data Protection Officer, consulente del lavoro, consulente fiscale, legali e tecnici;
- ai fornitori di beni e servizi, con particolare riguardo ai fornitori di apparecchiature radiologiche ed elettromedicali e ai relativi service di assistenza tecnica, ai fornitori del sistema gestionale sanitario e dei servizi informatici e all'impresa incaricata del ritiro, del trasporto e dello smaltimento dei rifiuti sanitari, nei limiti di quanto previsto dalle clausole contrattuali di rispetto del Codice Etico e del Modello.

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

5.2 Ambito oggettivo

Il Piano si applica a tutte le attività svolte dalla Società presso la propria unica sede di Marsala (TP), Via Francesco Crispi n. 86, coincidente con la sede legale, con particolare riguardo:

- all'attività di diagnostica per immagini erogata in regime di accreditamento istituzionale e di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, che costituisce l'area di massima esposizione al rischio corruttivo;
- all'attività erogata in regime privatistico, per i profili di interferenza con l'attività accreditata e per i profili di corruzione tra privati;
- alle attività amministrative, contabili, di approvvigionamento, di gestione delle apparecchiature e di comunicazione;
- ai rapporti con soggetti pubblici, con controparti private, con i medici prescrittori e con i pazienti.

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

6.1 Nomina e criteri di scelta

TFA TRADE S.R.L., avendo natura giuridica di diritto privato e non essendo partecipata né controllata da pubbliche amministrazioni, non rientra tra i soggetti tenuti ad adottare le misure di prevenzione della corruzione previste dalla L. 190/2012, né a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione. Tuttavia la Società, in adesione all'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, ha deliberato di individuare un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

L'art. 1, comma 7, della L. 190/2012 stabilisce che il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio; è dunque da considerare eccezionale la nomina di un soggetto esterno. Nelle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, in quanto enti di diritto privato non rientranti tra i soggetti previsti dalla L. 190/2012, il RPCT può invece essere individuato tra i componenti dell'Organismo di Vigilanza, con il quale lo stesso deve in ogni caso operare in stretto raccordo, come previsto dall'Atto di indirizzo dell'Assessorato della Salute.

Nel caso di TFA, l'assetto organizzativo - otto dipendenti, unica sede, assenza di una struttura di middle management e concentrazione dei poteri gestori in capo all'Amministratore Unico, che è al tempo stesso socio unico e Datore di Lavoro - rende oggettivamente impraticabile l'individuazione del RPCT all'interno dell'organizzazione: ogni figura interna è infatti direttamente coinvolta nei processi operativi a rischio (accettazione e riscossione, esecuzione e registrazione delle prestazioni, refertazione, rendicontazione, contabilità, acquisti) ovvero gerarchicamente subordinata all'organo amministrativo. La Società

individua pertanto il RPCT in un professionista esterno, dotato dei requisiti di autonomia, indipendenza e professionalità, coincidente con l'Organismo di Vigilanza monocratico ovvero comunque tenuto a operare con esso in stretto raccordo.

Il RPCT è nominato dall'Amministratore Unico, quale organo di indirizzo, con atto che ne definisce la durata in carica, i poteri, le risorse e il compenso, e che gli assegna un budget di spesa adeguato allo svolgimento dell'incarico. Il nominativo e i recapiti del RPCT sono pubblicati nella sezione dedicata del sito web della Società.

Profili di competenza.

Il RPCT deve possedere: adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento della struttura sanitaria e dei processi che ne costituiscono l'attività caratteristica, con particolare riguardo al ciclo della prestazione di diagnostica per immagini e al rapporto di accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale; conoscenza dei processi amministrativi e gestionali e della disciplina della responsabilità amministrativa degli enti; capacità di valutare il contesto in cui la Società opera e la rete delle relazioni interne ed esterne, anche in ambito locale e regionale; condivisione dei valori espressi nel Codice Etico.

Requisiti di autonomia e indipendenza.

Il RPCT deve essere dotato di autonomia valutativa, non deve versare in situazioni di conflitto di interessi e non deve essere assegnato a funzioni operanti nei settori più esposti al rischio corruttivo. In una struttura delle dimensioni di TFA ciò comporta, in particolare, l'esclusione dei soggetti cui competono la rendicontazione all'A.S.P. e all'Assessorato, la fatturazione e gli incassi, gli acquisti e la direzione tecnico-sanitaria.

Criteri di esclusione.

Non può assumere il ruolo di RPCT:

- il soggetto che, avendo esercitato negli ultimi tre anni di servizio poteri autoritativi o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni nei confronti della Società, si trovi nel triennio successivo alla cessazione di tale rapporto (divieto di pantouflage);
- il soggetto condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, ovvero destinatario di provvedimenti disciplinari per condotte rilevanti ai fini del presente Piano;
- il soggetto che nei cinque anni precedenti sia stato componente di organo politico di livello nazionale, regionale o locale, o candidato in collegi elettorali comprendenti il territorio dell'A.S.P. di riferimento;
- il soggetto che si trovi in una delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità considerate dal D.Lgs. 39/2013, in quanto compatibili;
- il soggetto legato da rapporti di parentela, coniugio o affinità con l'Amministratore Unico/socio unico o con il Direttore Sanitario, tali da comprometterne l'indipendenza.

Fattori di rischio.

Nella scelta del soggetto cui affidare il ruolo di RPCT sono considerati gli elementi che possono influenzarne, positivamente o negativamente, l'azione, e in particolare: il livello di integrità del soggetto; il livello di autorevolezza nelle relazioni con il vertice aziendale e con le funzioni operative; il grado di dipendenza economica o professionale del soggetto da persone che operano all'interno della Società o che ne possono influenzare gli orientamenti dall'esterno; la sussistenza di ulteriori incarichi professionali in essere con la Società, idonei a incidere sull'indipendenza del giudizio; la disponibilità di tempo e di risorse adeguate a consentire l'effettivo svolgimento dei compiti nell'arco del triennio.

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

Il RPCT:

- predispone il PTPCT e i relativi aggiornamenti, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo amministrativo, e li sottopone all'Amministratore Unico per l'approvazione;
- verifica l'efficace attuazione del Piano e l'idoneità delle misure in esso previste, mediante audit periodici e verifiche a campione sulla documentazione;
- propone all'Amministratore Unico le modifiche del Piano quando siano accertate significative violazioni delle sue prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività della Società;
- segnala all'Amministratore Unico i nominativi dei soggetti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ai fini dell'eventuale avvio del procedimento disciplinare secondo il Codice Sanzionatorio allegato al MOG 231;
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e sull'osservanza degli obblighi in materia di conflitto di interessi e di pantouflage;

- definisce, d'intesa con l'Amministratore Unico e con il Direttore Sanitario, i contenuti dei programmi di formazione in materia di prevenzione della corruzione e ne verifica l'effettiva erogazione;
- cura la diffusione della conoscenza del Codice Etico e del Codice di Condotta e ne monitora annualmente l'attuazione;
- sovrintende all'assolvimento degli obblighi di trasparenza applicabili e riceve le eventuali istanze di accesso civico;
- redige e trasmette all'Amministratore Unico e all'Organismo di Vigilanza la relazione annuale.

Poteri.

Al RPCT è riconosciuto il potere di accedere senza limitazioni a ogni documento, registro, applicativo e archivio aziendale rilevante ai fini dei propri compiti - ivi compresi il sistema gestionale sanitario, i registri delle prestazioni, i flussi di rendicontazione, la contabilità e la documentazione contrattuale - nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali e, per la documentazione sanitaria, secondo modalità concordate con il Direttore Sanitario e con il Data Protection Officer, privilegiando ove possibile forme di consultazione in ambiente controllato e su dati minimizzati o pseudonimizzati.

Rapporti con l'Organismo di Vigilanza.

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

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

6.3 Responsabilità del RPCT

Il RPCT risponde nei confronti della Società, secondo la disciplina del rapporto contrattuale in essere, dell'omesso o negligente svolgimento dei compiti attribuitigli. Non gli sono per contro imputabili le violazioni del Piano commesse da terzi che egli non avrebbe potuto conoscere né impedire con la diligenza richiesta dalla natura dell'incarico, tenuto conto delle risorse e dei poteri effettivamente attribuiti. L'omessa o insufficiente vigilanza è valutata anche ai fini dell'efficacia esimente del Modello 231 ai sensi dell'art. 6 del Decreto.

La Società si impegna ad assicurare al RPCT le condizioni di indipendenza necessarie all'esercizio della funzione, astenendosi da ogni forma di ritorsione, diretta o indiretta, connessa all'esercizio dei suoi compiti, e a informarlo tempestivamente di ogni fatto rilevante ai fini del Piano.

7. GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE

Il sistema di prevenzione della corruzione coinvolge, oltre al RPCT, i seguenti soggetti, ciascuno per la parte di rispettiva competenza.

Soggetto	Ruolo nel sistema di prevenzione
Amministratore Unico (socio unico, Datore di Lavoro)	Organo di indirizzo: approva il Piano e i relativi aggiornamenti; definisce gli obiettivi strategici; nomina il RPCT e l'Organismo di Vigilanza assicurandone autonomia, poteri e risorse; adotta i provvedimenti disciplinari; autorizza gli atti riservati alla propria competenza secondo le misure del Piano; assicura la collaborazione delle funzioni aziendali.
Direttore Sanitario/Direttore Tecnico	Presidia l'appropriatezza clinica delle prestazioni, la corretta tenuta e conservazione della documentazione sanitaria, la formalizzazione dei criteri di priorità e la conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento; è referente dei flussi informativi di area sanitaria verso il RPCT e l'OdV; concorre alla formazione del personale sanitario.
Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. 231/2001	Vigila sul funzionamento e sull'osservanza del MOG 231 e ne cura l'aggiornamento; gestisce il canale di segnalazione interna ai sensi del D.Lgs. 24/2023; opera in raccordo con il RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
Responsabili interni (Key Officer): Responsabile di Reparto - T.S.R.M.; Addetta alla Contabilità; Addette all'Accettazione; Impiegato addetto alla manutenzione e sorveglianza	Costituiscono il primo presidio di controllo dei processi sensibili; attuano le misure specifiche di rispettiva competenza; alimentano i flussi informativi verso il RPCT e l'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Soggetto	Ruolo nel sistema di prevenzione
Data Protection Officer	Supporta il RPCT nel bilanciamento tra esigenze di trasparenza e tutela dei dati personali; è coinvolto nella definizione delle modalità di accesso del RPCT alla documentazione sanitaria; riferisce sugli eventi di violazione dei dati personali.
R.S.P.P., Medico Competente, Medico Autorizzato, Esperto di Radioprotezione	Presidiano gli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di radioprotezione, la cui omissione per finalità di risparmio di costi costituisce ipotesi di maladministration rilevante ai fini del Piano (Area E).
Amministratore di Sistema e fornitori di servizi informatici	Assicurano la profilazione individuale delle credenziali, la tracciabilità degli accessi e delle modifiche ai dati clinici e amministrativi e la sicurezza dei sistemi; supportano il RPCT nella ricognizione annuale delle utenze.
Consulente fiscale e consulente del lavoro	Assicurano la regolarità degli adempimenti dichiarativi, contributivi e contabili e la tracciabilità dei flussi finanziari, secondo le PR 231.03, 231.04 e 231.06.
Dipendenti, professionisti e collaboratori	Osservano il Piano, i Codici e i protocolli; rendono le dichiarazioni in materia di conflitto di interessi e di pantouflage; segnalano tempestivamente situazioni di rischio, offerte di utilità e pressioni indebite.

8. METODOLOGIA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

- **approccio sostanziale e non formalistico**: le misure sono selezionate in funzione della loro effettiva capacità di neutralizzare le cause del rischio, non della loro idoneità a documentare un adempimento;
- **gradualità**: il processo di gestione del rischio è sviluppato progressivamente nell'arco del triennio, con affinamento annuale della mappatura;
- **selettività**: le priorità di trattamento sono definite in funzione del livello di rischio, concentrando le risorse sui processi a rischio elevato;
- **integrazione con il Modello 231**: la valutazione muove dalla mappatura già condotta ai fini del Modello e ne estende il perimetro;
- **sostenibilità organizzativa**: le misure sono commisurate alle dimensioni della struttura (otto dipendenti, unica sede, gestione accentrata, assenza di middle management), evitando di introdurre adempimenti che l'organizzazione non sarebbe in grado di attuare e che renderebbero il Piano irrealistico;
- **razionalizzazione prima di implementazione**: si privilegia la messa a sistema e il rafforzamento dei controlli già esistenti rispetto all'introduzione di ulteriori livelli di controllo;
- **compensazione della segregazione limitata**: nei processi in cui la ridotta consistenza dell'organico non consente una piena separazione dei compiti, il presidio è assicurato da misure compensative di tracciabilità, riconciliazione documentale e controllo indipendente esterno.

Le fasi del processo sono:

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

Alle fasi centrali si affiancano le fasi trasversali della consultazione e comunicazione e del monitoraggio. Gli esiti e gli obiettivi dell'attività svolta sono riportati nell'Allegato A «Mappatura delle aree a rischio corruttivo».

8.1 Analisi del contesto

Analisi del contesto esterno

Dinamiche territoriali e sanitarie. La Società opera nel Comune di Marsala (TP), nell'ambito territoriale del Libero Consorzio Comunale di Trapani, che comprende 25 comuni con una popolazione residente complessiva dell'ordine di 411.000 abitanti (fonte: elaborazioni su dati ISTAT, bilancio demografico; dati provvisori). Marsala costituisce il comune più popoloso

della provincia e il bacino di utenza della struttura è formato prevalentemente dalla popolazione del comune e dei centri limitrofi.

L'assistenza specialistica ambulatoriale di diagnostica per immagini erogata in regime di Servizio Sanitario Nazionale si caratterizza, sul piano nazionale e regionale, per una domanda strutturalmente superiore all'offerta pubblica e per la conseguente centralità delle strutture private accreditate. Tale squilibrio costituisce, di per sé, un fattore abilitante del rischio corruttivo, in quanto conferisce alla struttura erogatrice un significativo potere di fatto nella determinazione dei tempi e delle modalità di accesso alle prestazioni. Il sistema di remunerazione a prestazione entro tetti di spesa predefiniti costituisce un ulteriore fattore abilitante specifico, in quanto genera al tempo stesso l'incentivo a massimizzare il volume rendicontato fino alla capienza del budget e, una volta saturato quest'ultimo, l'incentivo a dirottare la domanda residua verso il regime privatistico.

Contesto criminologico. Il territorio della provincia di Trapani è storicamente interessato da una significativa presenza di criminalità organizzata di stampo mafioso, oggetto di costante attenzione da parte delle autorità inquirenti e giudiziarie. L'impresa mafiosa opera tipicamente mediante comportamenti estorsivi e corruttivi finalizzati alla penetrazione illecita del mercato. Il rilievo di tale fattore per la Società è espressamente riconosciuto dallo stesso provvedimento regionale di trasferimento dell'accreditamento (D.R.S. n. 1367 del 4 dicembre 2024), che subordina il mantenimento del titolo all'insussistenza delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011, con facoltà di revoca in caso di accertati tentativi di infiltrazione mafiosa. Pur non risultando, allo stato, alcun elemento che riconduca la Società o i suoi esponenti a tali contesti, il rischio di infiltrazione nei rapporti di fornitura e di servizio e il rischio di richieste estorsive o di pressioni indebite sono presidiati dalle misure di qualifica delle controparti e di segnalazione di cui alla Parte Speciale del MOG 231 e alle misure del presente Piano.

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

Con specifico riguardo alla diagnostica per immagini erogata in regime di accreditamento, gli ambiti di maggiore criticità evidenziati dalla prassi ispettiva e dalla casistica di settore riguardano: la rendicontazione di prestazioni non erogate o difformi e la codifica di voci del nomenclatore più remunerative rispetto alla prestazione resa; l'esecuzione di indagini non appropriate o ripetute per finalità di saturazione del budget; la refertazione tardiva, incompleta o non personalmente resa dal medico specialista; il c.d. doppio binario, ossia l'utilizzo del canale accreditato quale strumento di acquisizione di clientela da dirottare verso il regime privato; l'alterazione dei criteri di priorità e dell'ordine cronologico nelle liste di attesa; il condizionamento delle scelte di acquisto e di manutenzione nei rapporti con produttori e distributori di apparecchiature, dispositivi e sistemi informativi sanitari; il rapporto con i medici prescrittori e le correlate ipotesi di procacciamento di pazienti.

Portatori di interesse esterni. In ragione del regime di accreditamento, i principali soggetti con cui la Società interagisce sono: l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani (Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita; Distretto sanitario competente; strutture preposte ai controlli di appropriatezza e alla verifica dei requisiti; Ufficio Verifica Requisiti Soggettivi); l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana - Dipartimento per la Pianificazione Strategica, Servizio 8 «Programmazione territoriale»; il Comune di Marsala; la Prefettura di Trapani per gli adempimenti antimafia; il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Sistema Tessera Sanitaria; l'Agenzia delle Entrate, l'INPS, l'INAIL, l'Ispettorato Territoriale del Lavoro; l'Arma dei Carabinieri - NAS; la Guardia di Finanza; l'ARPA Sicilia; il Garante per la protezione dei dati personali; l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trapani; i medici prescrittori del Servizio Sanitario Nazionale; i pazienti, in regime accreditato e privato; i fornitori di apparecchiature radiologiche, dispositivi e materiali sanitari, i service di manutenzione, i fornitori di sistemi informativi sanitari, l'impresa di gestione dei rifiuti sanitari, i consulenti e i professionisti incaricati.

Analisi del contesto interno

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

La Società e i dati identificativi

TFA TRADE S.R.L. è una società a responsabilità limitata con socio unico, costituita con atto del 5 aprile 2019 e iscritta al Registro delle Imprese di Trapani dal 16 aprile 2019, con inizio dell'attività d'impresa l'11 settembre 2019. La Società esercita, presso l'unica sede di Marsala (TP), Via Francesco Crispi n. 86 - coincidente con la sede legale e con l'unità operativa - l'attività di ambulatorio di Radiologia Diagnostica. Non risultano unità locali.

Denominazione	TFA TRADE S.R.L. (società con socio unico)
Forma giuridica	Società a responsabilità limitata
Sede legale e unità operativa	Marsala (TP), Via Francesco Crispi n. 86, CAP 91025
Codice Fiscale e Partita IVA	02730740814
Numero REA	TP - 192936
Capitale sociale	Euro 150.000,00, interamente sottoscritto e versato
Domicilio digitale (PEC)	tfatradesrl@gigapec.it
Codice ATECO 2025 prevalente	86.91.01 - Attività di diagnostica per immagini (ATECORI 2007-2022: 86.90.11 - Laboratori radiografici e laboratori di diagnostica per immagini)
Attività esercitata	Ambulatorio di radiologia diagnostica (dal 30 gennaio 2024)
Organo amministrativo	Amministratore Unico, nominato con atto del 13 settembre 2022, durata a tempo indeterminato, rappresentante dell'impresa
Assetto proprietario	Socio unico, persona fisica, titolare dell'intera quota di nominali euro 150.000,00 (socio unico dal 4 luglio 2024)
Direttore Tecnico / Direttore Sanitario	Medico specialista in Radiologia Diagnostica, iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trapani, nominato con atto del 28 luglio 2025, in carica fino a revoca
Organo di controllo	Non nominato (sindaci e organi di controllo: 0)
Addetti	7 al 31 marzo 2026 secondo la visura camerale; 8 dipendenti secondo l'elenco del personale in vigore alla data di redazione del Piano
Durata della società	31 dicembre 2080

Titoli abilitativi e rapporto con il Servizio Sanitario Regionale

La Società è subentrata nella gestione della struttura a seguito di affitto e successiva cessione del ramo d'azienda costituito dall'ambulatorio di Radiologia Diagnostica già condotto da DAY HOSPITAL S.R.L. (C.F. 00353410814), con atti a rogito del notaio dott. Francesco La Rocca del 18 settembre 2023 (rep. n. 11902, affitto di ramo d'azienda con decorrenza 1° ottobre 2023; rep. n. 11903, cessione sotto condizione sospensiva con effetto dal 1° febbraio 2024) e atto dichiarativo di avveramento della condizione sospensiva dell'8 febbraio 2024 (rep. n. 12019).

L'esercizio dell'attività sanitaria è assistito da autorizzazione sanitaria rilasciata dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani - Dipartimento di Prevenzione, U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita, ai sensi dell'art. 193 del T.U.LL.SS. e della normativa regionale di settore: autorizzazione n. 04/2024, prot. n. 0014020 del 30 gennaio 2024 (trasferimento di godimento d'azienda); autorizzazione n. 47/2024, prot. n. 0119409 del 13 settembre 2024 (trasferimento di titolarità a seguito di cessione del ramo d'azienda); autorizzazione da ultimo aggiornata con provvedimento del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Trapani, registro ufficiale prot. n. 0113387 del 28 luglio 2025, a seguito di variazione della direzione sanitaria.

La Società è titolare del rapporto di accreditamento istituzionale con il Servizio Sanitario Regionale per la gestione dell'ambulatorio di Radiologia Diagnostica, trasferito in suo favore, ai sensi del D.A. n. 726 del 9 agosto 2022, con D.R.S. n. 1367 del 4 dicembre 2024 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana - Dipartimento per la Pianificazione Strategica, Servizio 8. Il decreto: (i) pone a carico della Società l'onere di presentare istanza di verifica della permanenza dei requisiti a seguito di qualsiasi variazione delle condizioni strutturali, organizzative e di dotazione tecnologica; (ii) attribuisce all'A.S.P. di Trapani la verifica del mantenimento dei requisiti e il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate; (iii) prevede espressamente la revoca dell'accreditamento in caso di accertamento di una delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011.

L'autorizzazione sanitaria è gravata dalla tassa di concessione governativa annuale di cui al D.P.R. n. 641/1972 (cod. tributo 0106), di importo pari a euro 69,72, da versare entro il termine perentorio del 31 gennaio di ogni anno, con obbligo di esibizione della quietanza al Servizio Igiene degli Ambienti di Vita entro dieci giorni dal versamento; l'omesso, tardivo o carente versamento comporta l'applicazione di sanzioni e può determinare la revoca del provvedimento. Tale adempimento, di per sé minore, assume rilievo anticorruttivo in quanto la sua omissione può generare situazioni di soggezione della Società rispetto all'amministrazione procedente; esso è pertanto presidiato dalla misura D1.

Assetto organizzativo

La struttura organizzativa, ricostruita nella Sezione I della Parte Speciale del MOG 231 sulla base degli atti societari, degli atti di nomina e dell'elenco del personale, è così articolata.

- **Vertice.** L'Amministratore Unico definisce le linee strategiche e gestisce la Società, con tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione non riservati per legge o per statuto alle decisioni dei soci; riveste altresì la qualità di socio unico e di Datore di Lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008.
- **Direzione sanitaria.** Il Direttore Sanitario/Direttore Tecnico, medico specialista in Radiologia Diagnostica, risponde dell'organizzazione igienico-sanitaria della struttura, della rispondenza tecnico-funzionale dei servizi erogati ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale sanitario, della corretta compilazione della documentazione sanitaria e della supervisione delle procedure cliniche e organizzative.
- **Area diagnostica.** Un Responsabile di Reparto - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica coordina l'attività dei T.S.R.M., presidia il corretto utilizzo e la funzionalità delle apparecchiature radiologiche e segnala le anomalie; i T.S.R.M. eseguono le prestazioni prescritte nel rispetto delle procedure di radioprotezione e dei protocolli operativi e curano la registrazione delle prestazioni erogate nel sistema gestionale.
- **Area amministrativa e front office.** Le Addette all'Accettazione curano la prenotazione, l'accettazione amministrativa, la verifica delle prescrizioni e delle esenzioni, la riscossione dei ticket e dei corrispettivi privati, la consegna dei referti e la gestione del front office; l'Addetta alla Contabilità cura la prima nota e gli adempimenti contabili interni, il supporto alla fatturazione e ai pagamenti e il raccordo con i consulenti esterni.
- **Funzioni di supporto.** L'Impiegato addetto alla manutenzione e sorveglianza cura la manutenzione ordinaria dei locali e degli impianti e la sorveglianza della struttura, riveste la carica elettiva di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza ed è referente interno per l'impianto di videosorveglianza; l'Autista svolge servizi di trasporto e commissioni esterne.
- **Soggetti esterni formalmente incaricati.** R.S.P.P.; Medico Competente; Medico Autorizzato per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti; Esperto di Radioprotezione ai sensi degli artt. 128 e ss. del D.Lgs. 101/2020; Amministratore di Sistema; Data Protection Officer; consulente del lavoro delegato alla tenuta del libro unico del lavoro; consulente fiscale; fornitore del sistema gestionale sanitario e società di servizi informatici, nominati responsabili esterni del trattamento; società iscritta all'Albo Nazionale Gestori Ambientali incaricata del ritiro e del trasporto dei rifiuti sanitari.

Compliance

Si riportano di seguito i principali strumenti di governance e di conformità di cui la Società si è dotata:

- Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 (Parte Generale e Parte Speciale, Rev. 00 - luglio 2026) e nomina di un Organismo di Vigilanza monocratico esterno;
- Codice Etico, Codice di Condotta e Codice Sanzionatorio;
- Procedure operative 231 (PR 231.01 - PR 231.18) e mappa delle aree aziendali a rischio reato;
- il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- sistema documentale in materia di protezione dei dati personali: Manuale privacy, Registro dei trattamenti, informative ai pazienti (ivi compresa quella relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico e al Dossier Sanitario), informative ai lavoratori e ai fornitori, nomine di responsabili esterni e di incaricati interni, designazione dell'Amministratore di Sistema, procedure di sicurezza dei dati, di gestione del data breach e di esercizio dei diritti dell'interessato, disciplina della videosorveglianza con relativa valutazione d'impatto e designazione del D.P.O.;
- documentazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro e radioprotezione: DVR e relativi allegati, atti di designazione di R.S.P.P., Medico Competente, Medico Autorizzato ed Esperto di Radioprotezione, attestati di formazione, giudizi di idoneità e documentazione di sorveglianza dosimetrica;
- documentazione relativa ai titoli abilitativi (autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale) e contratto per il ritiro, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti sanitari.

I documenti del sistema 231 e del presente Piano sono periodicamente aggiornati e resi consultabili sul sito internet della Società.

8.2 Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio). Come descritto anche nelle linee guida ISO 37001, la valutazione del rischio ha lo scopo di permettere la costruzione di una base solida con cui gestire la prevenzione della corruzione.

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

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

Identificazione del rischio

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

Come descritto nelle linee guida ISO 37001, i criteri con cui è effettuata la valutazione del rischio di corruzione sono a discrezione dell'organizzazione.

TFA TRADE SRL, tenendo in considerazione i valori espressi nel Codice Etico e nel Codice di Condotta e i propri obiettivi di prevenzione della corruzione, ha stabilito di valutare il livello di rischio di corruzione sulla base dei seguenti criteri:

- dimensione e struttura della società,
- luogo e settore in cui opera,
- natura, entità, complessità del tipo di attività,
- soggetti con cui entra in contatto: utenti, fornitori, dipendenti e collaboratori, PA,
- natura e frequenza delle interazioni con la PA,

Sono stati, inoltre, considerati:

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

Analisi del rischio

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di consentire una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, di individuare le cause che favoriscono il loro verificarsi ed infine di stabilire il livello di esposizione al rischio dei processi analizzati.

Pertanto, sono stati descritti i potenziali comportamenti corruttivi e/o le azioni volte ad ottenere vantaggi illeciti attraverso la corruzione, indicandone anche le finalità.

Ponderazione del rischio

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

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

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

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

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

8.3 Trattamento del rischio

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

- **misure generali**, di carattere trasversale, applicabili a tutte le attività della Società;
- **misure specifiche**, riferite alle singole aree e ai singoli processi a rischio.

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

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal RPCT con il coinvolgimento dell'Organismo di Vigilanza della società nominato ai sensi del D. Lgs. 231/01. Si segenala che nel caso di specie sono identificati nella stessa persona.

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

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

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

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

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

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

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

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

- gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi.

8.4 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti e identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura.

È opportuno che delle risultanze del monitoraggio si dia conto all'interno del successivo PTPCT e all'interno della Relazione annuale del RPCT.

Il monitoraggio del PTPCT avverrà con audit periodici in esecuzione a specifiche procedure e/o protocolli la cui attuazione verrà periodicamente verificata.

Particolare attenzione deve essere posta al monitoraggio sull'attuazione delle misure. La programmazione operativa consente al RPCT di dotarsi di uno strumento di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio.

Il monitoraggio sulla efficace attuazione delle misure anticorruzione sarà effettuato con cadenza annuale, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse.

9. MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E MISURE SPECIFICHE

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

Le aree di rischio individuate sono le seguenti:

Area	Denominazione	Natura	Rilevanza
A	Accreditamento istituzionale, accordi contrattuali e rapporti con il S.S.R.	Specifica	Elevata
B	Prenotazione, accesso alle prestazioni e liste di attesa	Specifica	Elevata
C	Erogazione, refertazione, registrazione e rendicontazione delle prestazioni al S.S.R.	Specifica	Elevata
D	Autorizzazione sanitaria, adempimenti, verifiche e ispezioni	Generale	Da moderata a elevata
E	Acquisti, fornitori, apparecchiature elettromedicali e radiologiche, radioprotezione e rifiuti sanitari	Generale e specifica	Moderata
F	Personale, incarichi professionali e formazione	Generale	Moderata
G	Gestione dei flussi economici e finanziari	Generale	Moderata
H	Relazioni esterne, omaggi, sponsorizzazioni e comunicazione sanitaria	Generale e specifica	Moderata
I	Documentazione sanitaria, dati personali e sistemi informativi	Specifica	Da moderata a elevata

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

9.1 Area A - Accreditamento istituzionale, accordi contrattuali e rapporti con il S.S.R.

Rilevanza: ELEVATA. L'area presidia il titolo che consente alla Società di operare a carico di risorse pubbliche. La sua compromissione - per effetto di irregolarità accertate, di rilievi antimafia o di condotte corruttive nei rapporti con l'amministrazione - determinerebbe la decadenza dal rapporto di accreditamento e, con essa, la perdita della componente prevalente dell'attività aziendale.

Processi. Presentazione di istanze, autocertificazioni e comunicazioni di variazione all'A.S.P. di Trapani e all'Assessorato della Salute; gestione delle verifiche sulla permanenza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi; adempimenti in materia di documentazione antimafia; negoziazione e sottoscrizione degli accordi contrattuali e gestione dei tetti di spesa assegnati; gestione dei rapporti istituzionali con l'A.S.P. e con l'Assessorato.

Principali eventi rischiosi. Dazione o promessa di denaro o altra utilità - ivi comprese prestazioni diagnostiche gratuite o scontate - a dirigenti e funzionari dell'A.S.P. o dell'Assessorato per ottenere o conservare l'accreditamento, per ottenere l'ampliamento del budget assegnato o condizioni contrattuali di favore, ovvero per ottenere esiti favorevoli delle verifiche; traffico di influenze illecite mediante soggetti che vantino relazioni con pubblici funzionari; produzione di dichiarazioni sostitutive, documentazione tecnica o autocertificazioni sui requisiti soggettivi non veritiere; omissione delle comunicazioni di variazione dovute; esercizio dell'attività in difformità dai titoli; induzione indebita o concussione subita; omessa segnalazione di cause di decadenza o di tentativi di infiltrazione.

Misure specifiche.

- **A1 - Unicità e tracciabilità del canale di rapporto con l'amministrazione.** I rapporti con l'A.S.P. e con l'Assessorato della Salute relativi all'accreditamento e agli accordi contrattuali sono gestiti in modo unitario dall'Amministratore Unico

e, per la parte tecnico-sanitaria, dal Direttore Sanitario. Ogni comunicazione è veicolata a mezzo PEC e archiviata in un fascicolo dedicato, con registrazione dei protocolli in entrata e in uscita. È vietato a ogni altro soggetto interno intrattenere, per conto della Società, interlocuzioni di merito con le amministrazioni competenti.

- **A2 - Doppia presenza e verbalizzazione degli incontri.** Gli incontri, anche informali, con funzionari dell'A.S.P. o dell'Assessorato relativi al rapporto di accreditamento, al budget o alle verifiche si svolgono, salvo urgenza documentata, alla presenza di almeno due rappresentanti della Società e sono oggetto di annotazione interna sintetica (data, luogo, partecipanti, oggetto, esiti), conservata a cura dell'Amministratore Unico e trasmessa al RPCT con il flusso annuale.
- **A3 - Verifica preventiva delle dichiarazioni sostitutive e delle autocertificazioni.** Le dichiarazioni sostitutive sul possesso dei requisiti soggettivi ai sensi dell'art. 9 del D.A. n. 741/2023, le autocertificazioni e la documentazione tecnica presentate a supporto delle istanze sono verificate preventivamente dal Direttore Sanitario, per la parte sanitaria, e dal consulente incaricato, per la parte tecnica, e sottoscritte dall'Amministratore Unico; la documentazione di supporto è conservata a corredo dell'istanza. Gli incarichi ai tecnici e ai consulenti che assistono la Società nei procedimenti amministrativi sono formalizzati per iscritto con clausola di rispetto del Codice Etico e del Modello.
- **A4 - Presidio degli adempimenti antimafia e delle cause di decadenza.** L'Amministratore Unico assicura il tempestivo riscontro alle richieste dell'A.S.P. e della Prefettura in materia di documentazione antimafia e comunica senza indugio al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) ogni fatto idoneo a integrare una delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011, riferibile alla Società, ai suoi esponenti o alle controparti contrattuali rilevanti. Nei contratti con fornitori e appaltatori è inserita clausola risolutiva espressa per il caso di informazione interdittiva antimafia.
- **A5 - Monitoraggio del budget e divieto di manipolazione temporale.** Il Direttore Sanitario e l'Amministratore Unico monitorano con cadenza almeno trimestrale l'andamento del volume di prestazioni erogate rispetto al tetto di spesa assegnato. È fatto divieto di manipolare la codifica delle prestazioni o la tempistica della loro registrazione e rendicontazione per finalità di compensazione tra periodi. Gli scostamenti significativi rispetto alla programmazione sono motivati e portati a conoscenza del RPCT.
- **A6 - Divieto rafforzato di utilità verso soggetti pubblici e obbligo di segnalazione.** È fatto assoluto divieto di erogare prestazioni gratuite o a condizioni di favore, ovvero di concedere qualsiasi altra utilità, a dirigenti, funzionari e dipendenti dell'A.S.P., dell'Assessorato e di ogni altro ente pubblico, nonché ai loro familiari, in ragione della funzione ricoperta. Ogni richiesta o sollecitazione anomala ricevuta è immediatamente segnalata al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **A7 - Protocollo dedicato.** È adottata e mantenuta aggiornata la PR 231.10 «Gestione dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento istituzionale».

9.2 Area B - Prenotazione, accesso alle prestazioni e liste di attesa

Rilevanza: ELEVATA. L'area presidia il bene giuridico dell'equità nell'accesso alle prestazioni e costituisce l'ambito in cui la maladministration può manifestarsi anche in assenza di rilevanza penale. Essa è particolarmente esposta in ragione del contatto quotidiano e diretto del front office con l'utenza e della coesistenza, sulla medesima agenda, del regime accreditato e del regime privatistico.

Processi. Gestione dell'agenda e delle prenotazioni; formazione e gestione delle liste di attesa; determinazione delle priorità cliniche e delle urgenze; accettazione amministrativa, verifica della prescrizione, del regime di erogazione e delle esenzioni; riscossione del ticket o del corrispettivo privato; orientamento del paziente tra regime accreditato e regime privatistico; applicazione di sconti, agevolazioni e gratuità.

Principali eventi rischiosi. Alterazione dell'ordine di prenotazione o anticipazione indebita di un paziente in cambio di utilità, per ragioni di conoscenza personale o su segnalazione interessata di terzi; gestione di agende parallele, cartacee o informali, non tracciate; qualificazione impropria di una prestazione come urgente per favorire un paziente; utilizzo del canale accreditato quale strumento di acquisizione di clientela successivamente dirottata verso il regime privato; rappresentazione al paziente di tempi di attesa artificiosamente lunghi in convenzione al fine di indurlo al passaggio in regime privatistico, in particolare in prossimità della saturazione del budget; omessa riscossione di ticket dovuti o applicazione di esenzioni non spettanti; applicazione di sconti, gratuità o condizioni di favore non giustificate e non tracciate, quale possibile veicolo di utilità indebite.

Misure specifiche.

- **B1 - Registro unico delle prenotazioni.** Tutte le prenotazioni, sia in regime accreditato sia in regime privatistico, sono registrate esclusivamente nel sistema gestionale della struttura, che ne assicura la tracciabilità con data e ora di inserimento

e identificazione dell'operatore. È vietata la gestione di agende parallele, cartacee o informali, e la cancellazione non tracciata di prenotazioni già inserite.

- **B2 - Criteri di priorità clinica formalizzati.** Il Direttore Sanitario formalizza, entro il primo anno di vigenza del Piano, i criteri di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini (classi di priorità e relativi tempi massimi indicativi), coerenti con la disciplina nazionale e regionale in materia di governo delle liste di attesa e con le indicazioni riportate sulla prescrizione dal medico prescrittore. Ogni scostamento dall'ordine cronologico deve essere motivato con riferimento a tali criteri e annotato nel gestionale a cura del soggetto che lo dispone.
- **B3 - Monitoraggio dei tempi di attesa e verifica sulle urgenze.** Il Responsabile di Reparto rileva con cadenza semestrale i tempi medi di attesa per tipologia di prestazione, distintamente per il regime accreditato e per il regime privatistico, e l'incidenza percentuale delle prestazioni classificate come urgenti o brevi sul totale, trasmettendone l'esito al Direttore Sanitario e al RPCT. Uno scostamento sistematico e significativo tra i due regimi, ovvero un'incidenza anomala delle classi di priorità più elevate, costituisce indicatore di anomalia e forma oggetto di specifico approfondimento del RPCT su base campionaria.
- **B4 - Tracciabilità del passaggio tra regimi.** L'esecuzione in regime privatistico di una prestazione per la quale il paziente sia in possesso di valida prescrizione del S.S.N. è ammessa solo su richiesta documentata del paziente, previa informazione sui tempi di attesa effettivi in regime accreditato, ed è annotata nel gestionale con indicazione della motivazione. Il RPCT verifica annualmente, su base campionaria, la coerenza delle motivazioni registrate e l'andamento del rapporto tra volumi in regime accreditato e in regime privatistico.
- **B5 - Verifica delle prescrizioni e delle esenzioni.** L'Addetta all'Accettazione verifica la validità della prescrizione e del titolo di esenzione mediante i sistemi messi a disposizione dal S.S.R., conservandone evidenza; è fatto divieto di accettare o registrare esenzioni non documentate e di omettere la riscossione di ticket dovuti. Le eccezioni sono ammesse solo nei casi previsti dalla normativa e sono annotate con motivazione.
- **B6 - Registro di sconti, gratuità e agevolazioni.** Ogni prestazione erogata a titolo gratuito o a condizioni economiche difformi dal tariffario, in regime privatistico, e ogni mancata riscossione di ticket sono annotate in apposito registro tenuto dall'Addetta alla Contabilità, con indicazione del beneficiario, della motivazione e del soggetto che ha autorizzato. Gli sconti eccedenti la soglia definita dall'Amministratore Unico sono soggetti ad autorizzazione scritta. Il registro è trasmesso annualmente al RPCT ed è oggetto di verifica specifica quanto ai beneficiari che rivestano la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, o siano loro familiari.

9.3 Area C - Erogazione, refertazione, registrazione e rendicontazione delle prestazioni al S.S.R.

Rilevanza: ELEVATA. Costituisce l'area di massima esposizione sotto il profilo della lesione di interessi patrimoniali pubblici, in ragione dell'impiego di risorse pubbliche, della qualifica di incaricato di pubblico servizio o di esercente un servizio di pubblica necessità che il personale sanitario può assumere nell'esercizio dell'attività accreditata - in particolare nelle attività di refertazione e certificazione - e delle conseguenze che l'accertamento di irregolarità produrrebbe sulla continuità del rapporto con il Servizio Sanitario Regionale.

Processi. Esecuzione della prestazione di diagnostica per immagini da parte dei T.S.R.M.; refertazione da parte del medico specialista e consegna del referto; registrazione delle prestazioni nel sistema gestionale; compilazione e trasmissione telematica dei flussi di rendicontazione della specialistica ambulatoriale all'A.S.P. e all'Assessorato; emissione della fattura verso l'A.S.P. nei limiti del budget assegnato; gestione del credito, delle contestazioni, degli abbattimenti e delle rettifiche.

Principali eventi rischiosi. Rendicontazione di prestazioni non erogate, erogate in misura inferiore o diverse da quelle effettivamente eseguite; codifica di voci del nomenclatore più remunerative rispetto alla prestazione resa (upcoding) o frazionamento artificioso di prestazioni unitarie; duplicazione della remunerazione della medesima prestazione, incassata dal paziente in regime privatistico e contemporaneamente rendicontata in convenzione; esecuzione o registrazione di esami non appropriati, ripetuti o sovrabbondanti per saturare il budget, con ingiustificata esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti; formazione o alterazione postuma di referti, registrazioni e immagini a supporto di prestazioni non eseguite; refertazione meramente formale o sottoscrizione di referti relativi a esami non personalmente valutati; manipolazione dei dati inseriti nei sistemi telematici del S.S.R. o accesso ai medesimi con credenziali altrui; occultamento o alterazione della documentazione in sede di controllo di appropriatezza; dazione di utilità a funzionari preposti ai controlli per ottenere la mancata contestazione di irregolarità.

Misure specifiche.

- **C1 - Separazione dei ruoli e riconciliazione periodica.** È mantenuta la separazione tra chi accetta il paziente e verifica la prescrizione (Addette all'Accettazione), chi esegue la prestazione (T.S.R.M.), chi referta (medico specialista, sotto la

supervisione del Direttore Sanitario) e chi rendiconta e fattura (Addetta alla Contabilità, con il supporto del consulente fiscale e l'approvazione dell'Amministratore Unico). Prima di ogni trasmissione dei flussi, l'Addetta alla Contabilità esegue la riconciliazione tra prescrizioni acquisite, prestazioni registrate nel gestionale, referti emessi e righe di rendicontazione, dandone evidenza in apposito prospetto datato e sottoscritto, controfirmato dall'Amministratore Unico.

- **C2 - Abbinamento univoco prescrizione-prestazione-referto.** Ogni prestazione è registrata nel sistema gestionale contestualmente all'erogazione, con abbinamento univoco tra prescrizione, esame eseguito, immagini acquisite, referto e riga di rendicontazione. È vietata la registrazione differita non tracciata e la registrazione di prestazioni prive di referto associato.
- **C3 - Controllo incrociato privato/accreditato.** Prima della trasmissione dei flussi è effettuato il controllo incrociato tra fatturazione in regime privatistico e rendicontazione in convenzione, riferito al medesimo paziente e alla medesima prestazione nel periodo, al fine di escludere duplicazioni. Del controllo è data evidenza documentale.
- **C4 - Verifica a campione della corrispondenza clinico-documentale.** Il RPCT, con cadenza almeno semestrale, estrae un campione non inferiore al 5% delle prestazioni rendicontate nel semestre e ne verifica la corrispondenza con la prescrizione, la registrazione nel gestionale, il referto sottoscritto, le immagini archiviate e la codifica applicata. La verifica è condotta secondo le modalità concordate con il Direttore Sanitario e con il D.P.O. a tutela dei dati dei pazienti e il relativo esito è verbalizzato.
- **C5 - Presidio dell'appropriatezza e della refertazione.** Il Direttore Sanitario definisce e diffonde le istruzioni operative sulla refertazione, prescrivendo che il referto sia reso dal medico specialista che ha personalmente valutato l'esame, sia sottoscritto con firma tracciabile e sia emesso entro i termini definiti; verifica a campione la completezza e la congruità dei referti rispetto al quesito clinico e ai criteri di giustificazione dell'esposizione di cui al D.Lgs. 101/2020. Le richieste di esami ulteriori rispetto alla prescrizione sono ammesse solo se clinicamente giustificate e motivate in cartella.
- **C6 - Tracciabilità delle rettifiche, delle contestazioni e degli abbattimenti.** Ogni rettifica dei flussi trasmessi e ogni contestazione, richiesta di chiarimento, abbattimento o rilievo dell'A.S.P. in sede di controllo di appropriatezza sono registrati in apposito scadenzario, con indicazione della motivazione, del soggetto che vi ha provveduto e dell'esito; la relativa documentazione giustificativa è conservata e la corrispondenza è veicolata a mezzo PEC.
- **C7 - Protocollo dedicato.** Sono adottate e mantenute aggiornate la PR 231.02 «Ciclo Attivo: prestazioni sanitarie, rendicontazione e fatturazione» e la PR 231.12 «Gestione delle prestazioni sanitarie: prenotazione, accettazione, refertazione e consegna referti».

9.4 Area D - Autorizzazione sanitaria, adempimenti, verifiche e ispezioni

Rilevanza: da MODERATA a ELEVATA. La struttura è soggetta a penetranti poteri di verifica e di controllo da parte di una pluralità di autorità; il momento ispettivo costituisce il contesto tipico in cui possono manifestarsi condotte corruttive attive o passive, ivi comprese le ipotesi di concussione e induzione indebita subite dalla Società.

Processi. Ottenimento, mantenimento e aggiornamento dell'autorizzazione sanitaria e adempimenti connessi, ivi compreso il versamento della tassa di concessione governativa annuale; comunicazioni di variazione relative a locali, attrezzature, personale, direzione sanitaria e titolarità; verifiche, audit e ispezioni di soggetti pubblici (A.S.P., NAS, Ispettorato del Lavoro, INPS, INAIL, Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, autorità competenti in materia di radioprotezione, ARPA, Garante privacy); adempimenti fiscali, tributari e previdenziali; acquisizione e gestione di contributi, agevolazioni e finanziamenti pubblici; contenzioso e accordi transattivi; rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

Principali eventi rischiosi. Dazione o promessa di utilità a funzionari pubblici per ottenere, conservare o accelerare provvedimenti, per ottenere esiti favorevoli di verifiche e ispezioni o la mancata contestazione di irregolarità; produzione di documenti, planimetrie o dichiarazioni sostitutive non veritiere; omissione delle comunicazioni di variazione dovute ed esercizio dell'attività in difformità dai titoli; occultamento, alterazione o distruzione di documenti in sede ispettiva; utilizzo in compensazione di crediti inesistenti o non spettanti e dichiarazioni infedeli; percezione di contributi o agevolazioni sulla base di dichiarazioni non veritiere e loro impiego difforme dalla destinazione; utilizzo di incarichi legali o di transazioni quale veicolo di provvista per finalità illecite; pressioni su dipendenti o collaboratori chiamati a rendere dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria.

Misure specifiche.

- **D1 - Scadenzario degli adempimenti autorizzativi e di accreditamento.** È tenuto e aggiornato, a cura dell'Addetta alla Contabilità sotto la supervisione dell'Amministratore Unico, uno scadenzario degli adempimenti connessi

all'autorizzazione sanitaria e all'accreditamento: versamento della tassa di concessione governativa annuale entro il 31 gennaio ed esibizione della quietanza entro dieci giorni; comunicazioni di variazione relative a locali, attrezzature, personale, direzione sanitaria e titolarità; istanze di verifica della permanenza dei requisiti a seguito di variazioni strutturali, organizzative o tecnologiche; adempimenti antimafia; verifiche periodiche sulle apparecchiature. Lo scadenzario reca evidenza dell'avvenuto adempimento ed è trasmesso annualmente al RPCT.

- **D2 - Presidio delle visite ispettive.** A ogni verifica ispettiva presenziano almeno due rappresentanti della Società, di cui uno individuato tra l'Amministratore Unico, il Direttore Sanitario e - per l'area sicurezza e radioprotezione - il R.S.P.P. o l'Esperto di Radioprotezione. Il verbale di accesso è acquisito e archiviato; i rilievi sono gestiti con piani di adeguamento tracciati, datati e verificati. È fatto divieto di occultare, distruggere o alterare documenti e di assecondare richieste indebite dei verificatori, che devono essere immediatamente segnalate al RPCT e all'OdV.
- **D3 - Adempimenti fiscali e contributivi tracciati.** Gli adempimenti dichiarativi sono affidati a professionisti abilitati con incarico formalizzato; il pagamento di imposte e contributi avviene esclusivamente mediante canali ufficiali e tracciabili (F24, PagoPA); l'Addetta alla Contabilità verifica periodicamente la regolarità dei versamenti (quietanze, DURC) e conserva le relative evidenze. È vietata la compensazione con crediti inesistenti o non spettanti.
- **D4 - Contributi e agevolazioni pubbliche.** Ogni domanda di contributo, agevolazione o finanziamento pubblico è approvata preventivamente dall'Amministratore Unico; i dati e i documenti presentati sono veritieri e completi; le somme sono destinate esclusivamente alle finalità per cui sono concesse, con rendicontazione documentata e conservazione della documentazione di progetto e di spesa. È vietato riconoscere ai consulenti compensi determinati in percentuale sul contributo ottenuto in assenza di giustificazione contrattuale trasparente.
- **D5 - Contenzioso e transazioni.** Gli incarichi ai legali sono conferiti per iscritto, con clausola di rispetto del Codice Etico; gli accordi transattivi sono approvati dall'Amministratore Unico previo parere del legale incaricato, con condizioni economiche giustificate e documentate; i relativi pagamenti sono tracciabili. È fatto divieto di esercitare qualsiasi pressione su dipendenti, collaboratori o terzi chiamati a rendere dichiarazioni all'Autorità Giudiziaria, anche in procedimenti riguardanti frodi in danno del S.S.R., infortuni sul lavoro o illeciti ambientali.
- **D6 - Protocolli dedicati.** Sono adottate e mantenute aggiornate la PR 231.11 «Gestione ispezioni e verifiche della P.A.», la PR 231.04 «Ciclo Fiscale» e la PR 231.07 «Contenzioso e accordi stragiudiziali».

9.5 Area E - Acquisti, fornitori, apparecchiature elettromedicali e radiologiche, radioprotezione e rifiuti sanitari

Rilevanza: MODERATA, con profili di elevata gravità potenziale sotto il profilo della sicurezza. L'area presidia, oltre al rischio di corruzione tra privati nelle scelte di acquisto, la specifica ipotesi di maladministration consistente nel risparmio indebito di costi in materia di manutenzione, verifiche periodiche e radioprotezione, nonché il rischio di infiltrazione criminale nei rapporti di fornitura.

Processi. Rilevazione del fabbisogno e ordine di materiali sanitari, dispositivi medici, mezzi di contrasto e materiali di consumo; gestione del magazzino, delle scorte e delle scadenze; selezione, qualifica e monitoraggio dei fornitori e degli appaltatori; acquisto, installazione, manutenzione, controlli di qualità e verifiche periodiche delle apparecchiature radiologiche ed elettromedicali e degli impianti; adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di radioprotezione (sorveglianza fisica e dosimetrica, sorveglianza sanitaria, formazione, DPI, DUVRI); gestione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e dei rifiuti assimilabili.

Principali eventi rischiosi. Ricezione, da parte del personale, di denaro, omaggi, viaggi, corsi, ospitalità o altre utilità da fornitori, distributori, service di manutenzione o informatori scientifici al fine di orientare le scelte di acquisto, di manutenzione o di attenuare i controlli di conformità; selezione di fornitori in assenza di criteri oggettivi e di confronto concorrenziale e mantenimento di rapporti consolidati mai riesaminati; acquisto di beni a condizioni economiche anomale o da soggetti non identificabili o non qualificati; instaurazione o mantenimento di rapporti con controparti riconducibili a contesti criminali e accettazione di imposizioni nella scelta di fornitori o personale; omissione, rarefazione o falsa attestazione delle verifiche periodiche, dei controlli di qualità e della manutenzione delle apparecchiature radiologiche per finalità di risparmio; omissione della sorveglianza fisica di radioprotezione, della dosimetria individuale o della sorveglianza sanitaria; omessa formazione e mancata fornitura o controllo dei DPI, ivi compresi quelli anti-X; conferimento dei rifiuti sanitari pericolosi a soggetti privi delle prescritte autorizzazioni o a costi anomali, alterazione o omessa compilazione dei formulari e dei registri, superamento dei limiti del deposito temporaneo.

Misure specifiche.

- **E1 - Qualifica e riesame dei fornitori; presidio antimafia.** È istituito ed è mantenuto aggiornato, entro il secondo anno di vigenza del Piano, un elenco dei fornitori e degli appaltatori qualificati, con evidenza dei criteri di selezione

applicati e delle verifiche svolte (visura camerale, DURC ove pertinente, iscrizioni e abilitazioni richieste dalla normativa di settore, conformità dei prodotti alla disciplina sui dispositivi medici, autocertificazioni di onorabilità). Per gli acquisti di importo significativo e per gli investimenti in apparecchiature è acquisito, ove praticabile, il confronto di almeno due preventivi; in caso di fornitore unico la scelta è motivata per iscritto. I fornitori principali - con specifico riguardo ai service di manutenzione delle apparecchiature radiologiche e al fornitore del sistema gestionale - sono sottoposti a riesame o benchmark almeno triennale, con verbalizzazione dell'esito e delle ragioni dell'eventuale conferma. Nei contratti sono inserite la clausola di rispetto del Codice Etico e del Modello e la clausola risolutiva per il caso di informazione interdittiva antimafia.

- **E2 - Segregazione del ciclo passivo.** È mantenuta la separazione tra chi rileva il fabbisogno e richiede l'acquisto (Responsabile di Reparto per l'area tecnica e diagnostica; Addette all'Accettazione e Addetta alla Contabilità per l'area amministrativa), chi autorizza (Amministratore Unico), chi riceve e attesta la regolare esecuzione e chi registra e predispone il pagamento. La corrispondenza tra ordine, bene o servizio ricevuto e fattura è verificata e attestata prima del pagamento.
- **E3 - Divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione.** È fatto divieto al personale, ai medici e ai collaboratori di accettare da fornitori, distributori, informatori scientifici e service di manutenzione denaro, omaggi o altre utilità di valore non simbolico, sotto qualsiasi forma, ivi compresi viaggi, ospitalità, corsi, materiali e apparecchiature in comodato non formalizzato. Ogni offerta ricevuta è segnalata al RPCT e annotata nel registro degli omaggi.
- **E4 - Tracciabilità dei materiali e dei dispositivi impiegati.** È conservata evidenza della tracciabilità (marcatura CE, dichiarazioni di conformità, lotti e scadenze, UDI ove applicabile) dei dispositivi medici, dei mezzi di contrasto e dei materiali sanitari impiegati nelle prestazioni, con controllo periodico delle scadenze e delle condizioni di conservazione a cura del Responsabile di Reparto. È fatto divieto di impiegare, nelle prestazioni erogate in regime accreditato, materiali o dispositivi difformi per qualità o caratteristiche da quelli previsti dal rapporto di accreditamento.
- **E5 - Manutenzione, verifiche periodiche e controlli di qualità delle apparecchiature.** È tenuto un registro delle manutenzioni e delle verifiche, a cura del Responsabile di Reparto con la supervisione dell'Amministratore Unico, che dà evidenza della manutenzione programmata e correttiva, delle verifiche periodiche di sicurezza e dei controlli di qualità previsti dalla normativa per le apparecchiature radiologiche ed elettromedicali e per gli impianti; sono conservati i contratti di assistenza, i rapporti di intervento e i verbali di verifica. Ogni omissione, ritardo significativo o rifiuto di intervento è segnalato al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto). È fatto espresso divieto di subordinare le scelte in materia di manutenzione e sicurezza a valutazioni di mero contenimento dei costi.
- **E6 - Presidio della radioprotezione e della sicurezza sul lavoro.** Sono assicurati, sotto la responsabilità del Datore di Lavoro e con il supporto delle figure della prevenzione, l'aggiornamento del DVR a ogni modifica significativa, la classificazione delle zone e dei lavoratori, la sorveglianza fisica a cura dell'Esperto di Radioprotezione, la dosimetria individuale, la sorveglianza sanitaria a cura del Medico Competente e del Medico Autorizzato, la pianificazione annuale della formazione con conservazione degli attestati, la consegna documentata dei DPI e la gestione delle interferenze con le imprese appaltatrici (DUVRI). L'evidenza dell'assolvimento di tali adempimenti è trasmessa annualmente al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto); l'omissione reiterata costituisce indicatore di maladministration e forma oggetto di specifico approfondimento.
- **E7 - Gestione dei rifiuti sanitari.** Sono verificate, all'atto della stipula e periodicamente, le autorizzazioni e l'iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Ambientali dell'impresa incaricata del ritiro e del trasporto, nonché le autorizzazioni degli impianti di destinazione; sono rispettati i limiti quantitativi e temporali del deposito temporaneo in area dedicata e protetta; sono compilati, sottoscritti e conservati i formulari di identificazione, con verifica del rientro della copia attestante l'avvenuto smaltimento; la tenuta dei registri avviene secondo il regime RENTRI applicabile alla Società. È vietato il conferimento a soggetti non autorizzati, la miscelazione dei rifiuti pericolosi e lo smaltimento nel circuito urbano. Si applicano le PR 231.14 e PR 231.13.

9.6 Area F - Personale, incarichi professionali e formazione

Rilevanza: MODERATA. L'area rileva sia quale possibile contropartita di favori (assunzioni e incarichi), sia quale strumento di costituzione di provviste destinate a finalità illecite (incarichi fittizi o compensi sproporzionati), sia sotto il profilo della verifica dei titoli abilitanti del personale sanitario, di cui il Direttore Sanitario risponde personalmente.

Processi. Valutazione del fabbisogno, selezione e assunzione del personale dipendente; conferimento di incarichi a medici specialisti e ad altri professionisti sanitari in contratto d'opera professionale; conferimento di incarichi a consulenti e professionisti esterni (R.S.P.P., Medico Competente, Medico Autorizzato, Esperto di Radioprotezione, D.P.O., Amministratore di Sistema, consulente del lavoro, consulente fiscale, legali, tecnici); gestione amministrativa del rapporto di

lavoro e degli appalti di servizi; formazione ed educazione continua in medicina; attribuzione di premi, benefit e rimborsi spese.

Principali eventi rischiosi. Assunzioni o conferimenti di incarichi fondati su criteri di conoscenza, amicizia o favore personale anziché su professionalità e competenza; assunzioni o incarichi quale contropartita di favori, segnalazioni di pubblici funzionari o altre utilità; conferimento di incarichi non necessari o fittizi e compensi sproporzionati, quale possibile veicolo di provvista per finalità corruttive; omessa verifica dei titoli abilitanti, dell'iscrizione all'albo, delle specializzazioni e delle coperture assicurative dei professionisti sanitari; violazione del divieto di pantouflage nell'assunzione o nell'incarico di ex dipendenti pubblici, con specifico riguardo a personale dell'A.S.P. o dell'Assessorato; impiego di lavoratori privi di regolare permesso di soggiorno o ricorso a intermediazione illecita di manodopera nei servizi appaltati; finanziamento di eventi formativi da parte di fornitori quale forma dissimulata di utilità.

Misure specifiche.

- **F1 - Documentazione della valutazione del fabbisogno e dei criteri di selezione.** La decisione di assunzione o di conferimento di incarico è motivata da esigenze organizzative documentabili, verbalizzate a cura dell'Amministratore Unico con il coinvolgimento del Direttore Sanitario per i profili sanitari, con indicazione del profilo ricercato e dei criteri di valutazione. Gli esiti dei colloqui e dei profili valutati sono sinteticamente motivati e conservati.
- **F2 - Verifica dei requisiti.** Prima dell'avvio dell'attività sono verificati e conservati: titolo di studio, abilitazione, iscrizione all'albo professionale, specializzazione dichiarata, copertura assicurativa professionale, regolarità del soggiorno per i lavoratori extracomunitari, idoneità sanitaria alla mansione e presa visione della documentazione di sicurezza e radioprotezione. La verifica dei titoli del personale sanitario è di competenza del Direttore Sanitario ed è documentata.
- **F3 - Dichiarazioni ostative e di conflitto di interessi.** Al momento dell'assunzione o del conferimento dell'incarico, e successivamente con cadenza annuale, i soggetti interessati rendono le dichiarazioni relativi alle situazioni che costituiscono inconferibilità e incompatibilità e conflitto di interessi.
- **F4 - Formalizzazione e congruità degli incarichi.** Gli incarichi a professionisti e consulenti sono conferiti per iscritto, con descrizione dell'oggetto, dei tempi e del compenso; la congruità del compenso rispetto ai valori di mercato è verificata e, per gli incarichi di importo significativo, motivata; il pagamento avviene esclusivamente con strumenti tracciabili, in favore del professionista incaricato e a fronte di prestazione effettivamente resa e documentata. È vietato il conferimento di incarichi fittizi e la corresponsione di compensi privi di giustificazione documentale.
- **F5 - Appalti di servizi e tutela del lavoro.** Nei contratti di appalto di servizi (pulizie, manutenzione, vigilanza, trasporti) sono verificate l'idoneità tecnico-professionale dell'appaltatore, la regolarità contributiva e la conformità del trattamento dei lavoratori impiegati; è gestita la valutazione dei rischi da interferenza. È fatto divieto di ricorrere a forme di intermediazione illecita di manodopera.
- **F6 - Premi, benefit e rimborsi spese.** I criteri di attribuzione di premi e benefit sono definiti e documentati; i rimborsi spese sono riconosciuti esclusivamente a fronte di giustificativi e sono registrati in contabilità. L'Addetta alla Contabilità ne dà evidenza al RPCT in sede di riesame annuale.
- **F7 - Eventi formativi finanziati da terzi.** La partecipazione del personale sanitario a eventi formativi finanziati, in tutto o in parte, da fornitori, produttori o distributori è preventivamente autorizzata dall'Amministratore Unico, previa verifica della coerenza dell'evento con le esigenze formative della struttura e dell'assenza di condizionamenti sulle scelte di acquisto; l'autorizzazione e i relativi elementi sono annotati nel registro.

9.7 Area G - Gestione dei flussi economici e finanziari

Rilevanza: MODERATA. L'area presidia la formazione di provviste extracontabili potenzialmente destinabili a finalità corruttive e la tracciabilità delle uscite, con specifico riguardo alla coincidenza tra organo amministrativo e socio unico, che rende necessaria la puntuale formalizzazione delle operazioni tra la Società e il socio.

Processi. Fatturazione delle prestazioni private e gestione degli incassi (contante entro i limiti di legge, POS, bonifici); riscossione dei ticket; fatturazione all'A.S.P. e gestione del credito; pagamenti a fornitori, collaboratori e professionisti; tesoreria e rapporti con gli istituti di credito; note di credito, storni e abbuoni; decisioni del socio unico, finanziamenti soci, prelievi e operazioni sul patrimonio sociale.

Principali eventi rischiosi. Incassi non registrati e mancata emissione della fattura o del documento commerciale, con costituzione di provvista extracontabile utilizzabile per finalità illecite; omessa trasmissione o alterazione dei dati al Sistema Tessera Sanitaria; emissione di note di credito, storni o abbuoni non giustificati; appropriazione di somme da parte del personale addetto agli incassi; pagamenti privi di riscontro contrattuale o verso coordinate bancarie riferibili a soggetti estranei al rapporto; accettazione o impiego di somme di provenienza illecita e acquisti a prezzi anomali da fornitori non qualificati;

frazionamento artificioso degli incassi in contante; prelievi o attribuzioni al socio unico privi di causale documentata e operazioni pregiudizievoli per i creditori o per l'Erario.

Misure specifiche.

- **G1 - Quadrature e riconciliazioni.** È assicurata la quadratura periodica tra prestazioni registrate nel gestionale, ticket e corrispettivi incassati, fatture e documenti commerciali emessi e flussi rendicontati; sono effettuate riconciliazioni bancarie periodiche. Gli scostamenti significativi sono motivati e conservati.
- **G2 - Emissione del documento fiscale per ogni prestazione incassata.** È fatto divieto assoluto di incassi non registrati. Il documento fiscale è emesso per ogni prestazione incassata, senza eccezioni; i dati sono trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria nei termini di legge, con gestione documentata delle opposizioni degli interessati.
- **G3 - Autorizzazione e tracciabilità di note di credito, storni e abbuoni.** Note di credito, storni e abbuoni sono autorizzati dall'Amministratore Unico, con indicazione della motivazione, e sono oggetto di riepilogo annuale trasmesso al RPCT, con evidenza dell'incidenza percentuale sul fatturato.
- **G4 - Canalizzazione e tracciabilità dei flussi.** Incassi e pagamenti sono canalizzati su conti correnti intestati alla Società; è privilegiato l'uso di strumenti tracciabili; il contante è versato periodicamente sul conto della Società nel rispetto dei limiti di legge, con divieto di frazionamenti artificiosi. I pagamenti sono eseguiti esclusivamente a fronte di fattura o documento giustificativo e verso coordinate bancarie intestate alla controparte contrattuale, con verifica rafforzata e riscontro per canale autonomo in caso di variazione dell'IBAN comunicata dal fornitore.
- **G5 - Separazione tra predisposizione e autorizzazione dei pagamenti.** L'Addetta alla Contabilità predispone i pagamenti; l'Amministratore Unico, titolare dei poteri di firma bancaria, li autorizza. Ogni eventuale futura attribuzione di poteri di spesa a terzi avviene per iscritto, con limiti di importo e di materia, ed è comunicata al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **G6 - Formalizzazione delle operazioni con il socio unico.** Le decisioni del socio unico sono verbalizzate per iscritto e iscritte nei libri sociali; eventuali finanziamenti, prelievi o attribuzioni al socio sono formalizzati con causale e condizioni esplicitate e transitano esclusivamente su conti correnti della Società; la distribuzione di utili avviene solo sulla base di bilanci regolarmente approvati e di utili effettivamente conseguiti. Si applicano le PR 231.03 e PR 231.16.

9.8 Area H - Relazioni esterne, omaggi, sponsorizzazioni e comunicazione sanitaria

Rilevanza: MODERATA. L'area presidia i canali attraverso i quali un'utilità indebita può essere veicolata sotto forma apparentemente lecita (omaggio, sconto, sponsorizzazione, evento formativo, campagna promozionale) e il rischio di procacciamento di pazienti.

Processi. Concessione e ricezione di omaggi e liberalità; spese di rappresentanza; sponsorizzazioni ricevute ed erogate; rapporti con informatori scientifici, case produttrici e distributori; rapporti con i medici prescrittori del S.S.N. e con altre strutture sanitarie invianti; attività di comunicazione e pubblicità sanitaria.

Principali eventi rischiosi. Utilizzo di omaggi, sconti, prestazioni gratuite o sponsorizzazioni quale veicolo di utilità indebite verso pubblici funzionari, medici prescrittori o soggetti in grado di influenzare decisioni che interessano la Società; ricezione da parte del personale di utilità da informatori scientifici e produttori, in violazione del divieto di comparaggio con riferimento ai medicinali e dei doveri di indipendenza professionale con riferimento ai dispositivi; corresponsione di compensi o utilità a medici, strutture o terzi per il procacciamento o l'invio di pazienti, in violazione del divieto deontologico di dicotomia; diffusione di comunicazioni promozionali ingannevoli, suggestive o non conformi alla disciplina della pubblicità sanitaria.

Misure specifiche.

- **H1 - Registro degli omaggi.** È istituito un registro unico degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza, in entrata e in uscita, tenuto dall'Addetta alla Contabilità, con indicazione di data, beneficiario o offerente, natura, valore stimato, finalità e soggetto autorizzante. Sono ammessi esclusivamente omaggi di valore simbolico, orientativamente non superiore a 150 euro, effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. Si applica la PR 231.18.
- **H2 - Divieto rafforzato verso soggetti pubblici.** È vietata la concessione di omaggi, sconti, prestazioni gratuite o altre utilità a pubblici ufficiali, incaricati di pubblico servizio e loro familiari, in particolare in costanza di procedimenti autorizzativi, di accreditamento, di verifica o di controllo che interessino la Società.
- **H3 - Disciplina dei rapporti con informatori scientifici e produttori.** Gli incontri con informatori scientifici e rappresentanti di case produttrici e distributrici si svolgono in orari e spazi definiti, su appuntamento registrato, in assenza di pazienti; il materiale ricevuto è annotato ove eccedente il valore simbolico. È richiamato espressamente il divieto di comparaggio di cui all'art. 170 del T.U.LL.SS. e all'art. 123 del D.Lgs. 219/2006 con riferimento ai medicinali, ivi compresi i mezzi di contrasto, e, per i dispositivi medici e i materiali sanitari, il dovere deontologico di indipendenza professionale.

- **H4 - Sponsorizzazioni.** Le sponsorizzazioni ricevute o erogate sono formalizzate in contratti scritti, approvati dall'Amministratore Unico, con indicazione della controprestazione e registrazione contabile; è vietata la sponsorizzazione, diretta o indiretta, di soggetti pubblici o di iniziative riconducibili a funzionari con i quali la Società intrattenga rapporti.
- **H5 - Comunicazione sanitaria conforme e divieto di procacciamento.** Le attività promozionali e i contenuti del sito web e dei canali digitali sono approvati dall'Amministratore Unico, sentito il Direttore Sanitario, e rispettano la disciplina della comunicazione informativa sanitaria di cui all'art. 1, commi 525 e 536, della L. 145/2018, con indicazione del direttore sanitario e contenuto funzionale alla tutela della salute, non ingannevole e privo di carattere suggestivo. È vietata la corresponsione di compensi o utilità, in qualsiasi forma, a medici prescrittori, strutture o terzi per l'invio o il procacciamento di pazienti.

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

Rilevanza: da MODERATA a ELEVATA. L'area costituisce il presupposto tecnico dell'integrità di tutte le altre: l'affidabilità della rendicontazione, della refertazione e della tracciabilità delle prestazioni dipende dall'inalterabilità e dalla riferibilità soggettiva delle registrazioni informatiche.

Processi. Formazione, tenuta, conservazione e archiviazione della documentazione sanitaria (referti, immagini diagnostiche, registri delle prestazioni, consensi informati, documentazione di giustificazione dell'esposizione); trattamento dei dati personali e sanitari; gestione delle credenziali e dei profili di accesso ai sistemi aziendali (gestionale sanitario, RIS/PACS, contabilità) e ai portali telematici pubblici; gestione della videosorveglianza; rilascio della documentazione sanitaria al paziente.

Principali eventi rischiosi. Formazione o alterazione postuma di referti, registrazioni e immagini a supporto di prestazioni non erogate o difformi; cancellazione o modifica non tracciata di dati clinici e contabili; accesso ai sistemi aziendali o ai portali pubblici mediante credenziali altrui o con utenze condivise; consultazione di dati sanitari al di fuori delle necessità di cura o amministrative; comunicazione o diffusione indebita di dati di pazienti a terzi, anche a fini commerciali o di procacciamento; omessa conservazione della documentazione nei termini di legge; ritardo o rifiuto nel rilascio della documentazione sanitaria al paziente.

Misure specifiche.

- **I1 - Credenziali individuali e tracciabilità degli accessi.** Le credenziali di accesso ai sistemi aziendali e ai portali pubblici sono individuali e nominative, profilate per ruolo e non condivisibili; le utenze sono disattivate tempestivamente alla cessazione del rapporto o al mutamento delle mansioni. Il sistema gestionale e il RIS/PACS assicurano la tracciabilità degli accessi e delle modifiche ai dati clinici e contabili. L'Amministratore di Sistema è designato ai sensi del Provvedimento del Garante del 27 novembre 2008 e ne è verificata periodicamente l'attività.
- **I2 - Immodificabilità e tracciabilità delle registrazioni cliniche.** Le registrazioni sono effettuate contestualmente all'erogazione della prestazione; ogni successiva integrazione o correzione del referto o della registrazione è tracciata con evidenza dell'autore, della data e della motivazione, senza cancellazione del dato originario. I referti sono sottoscritti con modalità che ne assicurino la riferibilità al medico refertante.
- **I3 - Ricognizione annuale delle utenze.** L'Amministratore Unico, con il supporto dell'Amministratore di Sistema e del fornitore dei servizi informatici, effettua con cadenza annuale la ricognizione delle utenze attive sui sistemi aziendali e sui portali pubblici, con verifica della corrispondenza tra utenze e personale in servizio, e ne trasmette l'esito al RPCT e all'OdV (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).
- **I4 - Presidio privacy.** Il trattamento dei dati è condotto secondo il Manuale privacy e il Registro dei trattamenti; informative e consensi sono raccolti e conservati, ivi compresa l'informativa relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico e al Dossier Sanitario; i fornitori di servizi informatici e gli altri responsabili esterni sono nominati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679; sono attive le procedure di sicurezza dei dati, di gestione dei data breach e di esercizio dei diritti dell'interessato; la videosorveglianza è disciplinata da informativa, designazione del referente interno e valutazione d'impatto. È fatto divieto di utilizzare dati di pazienti per finalità promozionali in assenza di idonea base giuridica.
- **I5 - Rilascio della documentazione sanitaria.** È adottata una procedura interna per il rilascio al paziente della documentazione sanitaria - referti e immagini - entro sette giorni dalla richiesta, ai sensi dell'art. 4, comma 2, della L. 24/2017, con registrazione delle richieste e dei tempi di evasione, trasmessa annualmente al RPCT. È vietato subordinare il rilascio al pagamento di somme non dovute o a condizioni non previste.
- **I6 - Conservazione.** La documentazione sanitaria e le immagini diagnostiche sono conservate secondo i termini e le modalità previsti dalla normativa vigente, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario, con modalità che ne assicurino integrità, leggibilità e reperibilità anche ai fini dei controlli di appropriatezza e delle verifiche del RPCT.

10. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE

Le misure generali si caratterizzano per la loro trasversalità, essendo applicabili a tutte le attività svolte dalla Società, indipendentemente dal livello di rischio del singolo processo.

10.1 Codici di comportamento

Quadro di riferimento.

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

Gli strumenti adottati dalla Società.

TFA TRADE S.R.L. ha adottato, quali allegati e parti integranti del MOG 231: il Codice Etico, che esplicita i valori, gli impegni e le responsabilità etiche assunti nella conduzione delle attività aziendali; il Codice di Condotta, che individua i comportamenti dovuti e vietati al fine di evitare il determinarsi di situazioni favorevoli alla commissione dei reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001; il Codice Sanzionatorio, che disciplina il sistema disciplinare applicabile.

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

- il dovere di imparzialità e di parità di trattamento nell'accesso alle prestazioni e il divieto di alterare l'ordine delle prenotazioni e i criteri di priorità clinica;
- il dovere di appropriatezza e di giustificazione dell'esposizione a radiazioni ionizzanti e il divieto di eseguire o registrare esami non giustificati dal quesito clinico;
- il dovere di indipendenza professionale nelle scelte cliniche, tecnologiche e di acquisto e il divieto di comparaggio;
- il divieto di dicotomia e di corresponsione di utilità per l'invio o il procacciamento di pazienti;
- gli obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi, anche potenziale o apparente;
- il divieto di accettare regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore, orientativamente non superiore a 150 euro secondo il parametro di cui all'art. 4, comma 2, del D.P.R. 62/2013, effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia, e l'obbligo di comunicazione al RPCT e di messa a disposizione della Società di quanto ricevuto fuori dai casi consentiti;
- il divieto di pantouflage e i correlati obblighi dichiarativi;
- l'obbligo di segnalazione immediata di pressioni indebite, richieste estorsive e tentativi di condizionamento;
- il dovere di collaborazione con il RPCT e con l'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) e il divieto di condotte, anche omissive, che ne ostacolino l'attività.

Ambito di applicazione e diffusione.

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

Sanzioni.

La violazione delle disposizioni dei Codici e del presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e comporta l'applicazione del Codice Sanzionatorio allegato al Modello 231, secondo i principi di gradualità, proporzionalità, equità e parità di trattamento, fatte salve le ulteriori responsabilità penali, civili e amministrative. Per il personale sanitario e per i soggetti apicali la valutazione della gravità della violazione tiene conto del maggior grado di responsabilità connesso al ruolo e dell'eventuale incidenza sulla sicurezza e sui diritti dei pazienti. Le previsioni dei Codici non escludono quelle dei codici deontologici degli ordini professionali di appartenenza dei destinatari.

10.2 Rotazione del personale e misure alternative

Funzione dell'istituto.

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

Motivazione della mancata applicazione.

La rotazione ordinaria non è applicabile in TFA TRADE S.R.L., per le seguenti ragioni, che si dà atto essere adeguatamente motivate ai sensi del P.N.A.:

- la struttura conta otto dipendenti, operanti in un'unica sede, e non dispone di una struttura di middle management articolata;
- le funzioni sanitarie (medico specialista refertante, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) sono infungibili, in quanto richiedono titoli abilitanti e iscrizione all'albo professionale non intercambiabili con altre mansioni;
- le funzioni chiave a rischio - contabilità e rendicontazione, coordinamento dell'area diagnostica, direzione sanitaria - sono presidiate da un unico soggetto ciascuna, sicché la rotazione comporterebbe la sostanziale paralisi del processo;
- la funzione apicale è concentrata nell'Amministratore Unico, che è al contempo socio unico e Datore di Lavoro, e non è per definizione ruotabile.

Misure alternative adottate.

In luogo della rotazione, e con effetti analoghi, la Società adotta:

- la segregazione delle funzioni nei processi a maggiore rischio, attribuendo a soggetti diversi i compiti di istruttoria, esecuzione, registrazione, autorizzazione e verifica;
- la doppia presenza negli incontri con la Pubblica Amministrazione e nelle visite ispettive;
- la condivisione delle attività tra più operatori, ove possibile mediante avvicendamento periodico delle Addette all'Accettazione nei turni di front office e nella gestione della cassa, evitando l'isolamento di determinate mansioni;
- il controllo esterno indipendente, esercitato dal RPCT e dall'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) mediante verifiche a campione documentate e mediante il monitoraggio;
- la rotazione dei fornitori e il benchmark periodico, quale forma di rotazione applicata alle controparti anziché al personale;
- la rotazione straordinaria, consistente nella temporanea assegnazione a diverse mansioni ovvero nella sospensione dall'incarico del soggetto nei cui confronti sia stato avviato un procedimento penale per condotte di natura corruttiva, disposta dall'Amministratore Unico con provvedimento motivato su segnalazione del RPCT, nei limiti consentiti dalla disciplina del rapporto di lavoro privato e dal CCNL applicato.

10.3 Formazione

La centralità della formazione è affermata sia dalla L. 190/2012 sia dalla norma UNI ISO 37001. La formazione in materia di prevenzione della corruzione è complementare, e non sostitutiva, rispetto a quella già prevista dal MOG 231 e a quella obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro, radioprotezione e protezione dei dati personali; ove opportuno, le sessioni possono essere integrate per ragioni di economicità organizzativa, ferma restando la distinta documentazione dei contenuti.

- **Formazione generale**, destinata a tutto il personale, ai medici e ai collaboratori, con oggetto: il quadro normativo di riferimento; i contenuti del presente Piano; il Codice Etico e il Codice di Condotta; i reati contro la Pubblica Amministrazione e la corruzione tra privati; le interazioni tra la L. 190/2012 e il D.Lgs. 231/2001; le modalità di segnalazione e la tutela del segnalante ai sensi del D.Lgs. 24/2023. Durata indicativa: non inferiore a due ore annue.
- **Formazione specifica**, destinata al RPCT, ai Responsabili interni e al personale operante nelle aree a rischio elevato (accettazione e front office, area diagnostica, contabilità e rendicontazione, acquisti), con oggetto: i rischi corruttivi propri del ruolo; le fasi di gestione del rischio; le misure di prevenzione applicabili alla propria area; i rapporti tra RPCT, OdV e D.P.O.; le modalità di adempimento dei flussi informativi. Durata indicativa: non inferiore a quattro ore annue.
- **Formazione dedicata al personale sanitario**, con oggetto: l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e la giustificazione dell'esposizione nel regime accreditato; la corretta tenuta della documentazione sanitaria e la refertazione; la corretta codifica delle prestazioni ai fini della rendicontazione; il divieto di comparaggio e di dicotomia; la gestione delle relazioni con informatori scientifici e fornitori.

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

10.4 Pantouflage - incompatibilità successiva

Quadro di riferimento.

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

Rilievo per la Società.

La misura assume specifico rilievo per TFA in ragione dell'intensità dei rapporti con l'A.S.P. di Trapani e con l'Assessorato della Salute: rientrano nel novero dei soggetti attinti dal divieto, a titolo esemplificativo, i dirigenti e i funzionari dell'A.S.P. o dell'Assessorato che abbiano esercitato poteri autorizzativi, di accreditamento, di controllo o negoziali nei confronti della Società, nonché i medici del Servizio Sanitario Nazionale che abbiano esercitato poteri di tale natura. Il rilievo è accentuato dalla circostanza che il personale sanitario del settore proviene frequentemente da esperienze professionali maturate presso strutture pubbliche del medesimo ambito territoriale.

Misure adottate.

- in ogni procedura di selezione, assunzione o conferimento di incarico è inserita apposita clausola ostativa;
- il candidato o l'incaricato rende, prima della stipula, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante l'insussistenza della condizione ostativa, con indicazione degli eventuali rapporti di lavoro o incarichi presso pubbliche amministrazioni cessati nel triennio precedente;
- nei contratti è inserita clausola di risoluzione di diritto per il caso di dichiarazione non veritiera;
- il RPCT svolge attività di vigilanza sull'osservanza della misura, anche mediante controlli a campione, e ne dà conto nella relazione annuale.

10.5 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Ferma restando la non diretta applicabilità del D.Lgs. 39/2013 a un ente privato non in controllo pubblico, la Società ne assume i principi quale parametro di riferimento. Prima del conferimento di incarichi di responsabilità interna e di incarichi professionali continuativi - ivi compresi quelli di Direttore Sanitario, R.S.P.P., Medico Competente, Medico Autorizzato, Esperto di Radioprotezione, D.P.O. e Amministratore di Sistema - e successivamente con cadenza annuale, è acquisita dichiarazione sostitutiva relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, con particolare riguardo alle condanne, anche non definitive, per i reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, alle cause di incompatibilità previste dalla normativa sanitaria in materia di direzione sanitaria e allo svolgimento di incarichi presso enti pubblici o privati che possano determinare conflitti con gli interessi della Società. Il RPCT verifica le dichiarazioni, anche a campione, e ne cura la conservazione.

10.6 Conflitto di interessi

Nozione.

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

Situazioni rilevanti nel contesto della Società.

Assumono specifico rilievo, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, di coniugio, convivenza o frequentazione abituale tra soggetti interni e titolari, amministratori, soci o dipendenti di fornitori, service di manutenzione, fornitori di sistemi informativi o consulenti della Società;

- rapporti di parentela o affinità entro il secondo grado, di coniugio o convivenza tra soggetti interni e dirigenti o funzionari dell'A.S.P. di Trapani, dell'Assessorato della Salute, del Comune di Marsala o di altri enti pubblici che esercitino poteri autorizzativi, di accreditamento, di controllo o negoziali nei confronti della Società;
- interessi economici, diretti o indiretti, dei soggetti interni in imprese fornitrici, in società di manutenzione di apparecchiature o in strutture sanitarie concorrenti o invianti;
- esercizio, da parte di soggetti interni, di attività professionale presso altre strutture sanitarie, in regime privato o accreditato, potenzialmente interferente, ovvero presso strutture pubbliche con funzioni di prescrizione o di controllo;
- attività politiche o cariche elettive, proprie o di familiari, che pongano il soggetto in contatti frequenti con gli uffici che decidono su questioni riguardanti la Società;
- rapporti di collaborazione, comunque retribuiti, intrattenuti negli ultimi tre anni con soggetti privati che abbiano interessi in attività o decisioni riguardanti la Società.

Procedura di comunicazione.

Il socio unico, l'Amministratore Unico, il Direttore Sanitario, i dipendenti, i medici e i professionisti in contratto d'opera e i collaboratori rendono la dichiarazione in materia di conflitto di interessi: in sede di prima applicazione del Piano, entro sessanta giorni dalla sua approvazione; al momento dell'assunzione o del conferimento dell'incarico; con cadenza annuale e, in ogni caso, tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui la situazione di conflitto si sia manifestata o le condizioni personali si siano modificate.

Obbligo di astensione e gestione.

Il soggetto in conflitto, anche potenziale, si astiene dall'assumere decisioni o svolgere attività inerenti alla propria funzione e ne dà comunicazione al RPCT. Il RPCT esamina le circostanze e assume, motivandola, una delle seguenti determinazioni: richiesta di astensione dell'interessato dall'attività o dall'incarico, con proposta all'Amministratore Unico di affidamento ad altro soggetto; permanenza nell'incarico, con eventuale prescrizione di misure di mitigazione (ad esempio, sottoposizione della decisione a validazione di un secondo soggetto o esclusione dalla singola operazione). Ove il conflitto riguardi l'Amministratore Unico, il RPCT ne informa il Consiglio di Amministrazione e la determinazione è assunta previa acquisizione del parere di quest'ultimo, con verbalizzazione delle ragioni della decisione. Le determinazioni del RPCT sono verbalizzate e conservate.

Regali e utilità.

È vietato accettare, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore - orientativamente non superiore a 150 euro, anche sotto forma di sconto - effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. È in ogni caso vietato chiedere, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore, a titolo di corrispettivo per compiere o per avere compiuto un atto del proprio ufficio, ovvero da soggetti che possano trarre beneficio da decisioni o attività inerenti alla propria funzione. Chi abbia ricevuto regali fuori dai casi consentiti ne dà immediata comunicazione al RPCT e li mette a disposizione della Società per la restituzione o per la devoluzione.

10.7 Omaggi, liberalità, sponsorizzazioni e rapporti con informatori scientifici

Le misure trovano attuazione mediante il registro unico degli omaggi e delle liberalità, il registro degli eventi formativi finanziati da terzi e la PR 231.18 «Omaggi, spese di rappresentanza e liberalità», la cui integrazione con i contenuti anticorruttivi delle misure H1-H4 costituisce misura del presente Piano. Il registro degli omaggi e il registro degli eventi finanziati sono trasmessi annualmente al RPCT, che ne verifica la completezza e la coerenza con la contabilità.

10.8 Tutela del segnalante - whistleblowing

Quadro di riferimento.

La materia è oggi disciplinata dal D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, che ha altresì modificato l'art. 6 del D.Lgs. 231/2001. In quanto ente del settore privato che ha adottato un modello di organizzazione e gestione ai sensi del D.Lgs. 231/2001, TFA TRADE S.R.L. è tenuta all'attivazione di un canale di segnalazione interna; avendo la Società impiegato nell'ultimo anno una media di lavoratori subordinati inferiore a cinquanta, l'obbligo si intende riferito alle violazioni rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e del Modello adottato. La Società estende in via volontaria l'ambito oggettivo del canale alle violazioni del presente Piano e ai fatti di maladministration rilevanti.

Soggetti legittimati.

Possono effettuare segnalazioni e beneficiare delle tutele: i lavoratori subordinati; i lavoratori autonomi e i titolari di rapporti di collaborazione; i medici e gli altri professionisti sanitari in contratto d'opera; i lavoratori e i collaboratori di fornitori,

appaltatori e subappaltatori; i liberi professionisti e i consulenti; i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non; le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche di mero fatto. La tutela si estende alla fase precontrattuale e di selezione, al periodo di prova e al periodo successivo alla cessazione del rapporto, nonché ai facilitatori, ai colleghi, alle persone legate al segnalante da stabile legame affettivo o di parentela e agli enti a lui riconducibili.

Oggetto della segnalazione.

Costituiscono oggetto di segnalazione le condotte illecite rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, le violazioni del Modello, del Codice Etico, del Codice di Condotta e del presente Piano, nonché ogni situazione di abuso del potere affidato per il conseguimento di vantaggi privati, ivi compresi - in coerenza con l'orientamento ANAC - i casi di sprechi, nepotismo, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, alterazione delle liste di attesa e irregolarità nella rendicontazione delle prestazioni. Non rientrano nell'ambito di applicazione le doglianze di carattere personale né le rivendicazioni attinenti alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con superiori e colleghi. La segnalazione deve essere circostanziata e fondata su elementi precisi e concordanti, non essendo richiesta la certezza dei fatti ma la ragionevole convinzione della loro verificazione.

Canale e procedura.

La Società ha attivato un canale di segnalazione interna in formato scritto, raggiungibile dal sito web istituzionale e gestito dall'Organismo di Vigilanza secondo la PR 231.17, che garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, della persona coinvolta e di ogni soggetto menzionato, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. È garantita la possibilità di segnalazione in forma orale e, su richiesta, mediante incontro diretto. Il soggetto gestore: rilascia avviso di ricevimento entro sette giorni; mantiene le interlocuzioni con il segnalante e può richiedere integrazioni; dà diligente seguito alla segnalazione; fornisce riscontro entro tre mesi dall'avviso di ricevimento. Ove la segnalazione riguardi il gestore del canale, essa è indirizzata all'Amministratore Unico; ove riguardi l'Amministratore Unico, essa è trattata dall'Organismo di Vigilanza in raccordo con il RPCT (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Tutele.

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

Sicurezza e conservazione.

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

10.9 Segnalazione delle pressioni indebite

In considerazione del contesto territoriale e del rilievo che l'ordinamento attribuisce agli adempimenti antimafia ai fini del mantenimento dell'accreditamento, costituisce obbligo di tutti i destinatari la segnalazione immediata all'Amministratore Unico, al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto) di ogni richiesta estorsiva, pressione, intimidazione o tentativo di condizionamento ricevuto nell'ambito dell'attività aziendale, da chiunque proveniente, ivi comprese le imposizioni relative alla scelta di fornitori, appaltatori o personale e le richieste indebite formulate da pubblici funzionari in sede ispettiva o autorizzativa. La Società si impegna a sporgere denuncia alle autorità competenti e ad assicurare al segnalante la tutela prevista dal presente Piano.

11. MISURE ULTERIORI TRASVERSALI

Informatizzazione e tracciabilità dei processi

L'informatizzazione costituisce misura trasversale di prevenzione particolarmente efficace, in quanto riduce i margini di intervento discrezionale e consente la tracciabilità dell'intero processo, evidenziandone per ciascuna fase le responsabilità. La Società persegue l'obiettivo di ricondurre integralmente al sistema gestionale e al RIS/PACS la gestione di agende, accettazioni, registrazioni delle prestazioni, referti, immagini, incassi e flussi di rendicontazione, eliminando ogni registrazione parallela cartacea o informale.

Formalizzazione dell'assetto organizzativo

Costituisce misura del presente Piano l'adozione, entro il primo anno di vigenza, di un organigramma e di un funzionigramma formalizzati, che descrivano funzioni, compiti, rapporti gerarchici e flussi comunicativi, colmando la lacuna espressamente rilevata dalla Sezione I della Parte Speciale del MOG 231. Ogni eventuale futura attribuzione di poteri (deleghe gestorie, procure speciali, delega di funzioni datoriali ex art. 16 del D.Lgs. 81/2008) avviene per iscritto, con data certa, indicazione puntuale dei poteri conferiti e dei limiti di spesa, ed è comunicata al RPCT e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie, si segnala che le due funzioni sono affidate al medesimo soggetto).

Standardizzazione delle operazioni

Sono introdotti e mantenuti aggiornati modelli e moduli standardizzati per le operazioni ricorrenti: richiesta di acquisto; dichiarazioni di conflitto di interessi, di insussistenza di cause ostative e di pantouflage; prospetto di riconciliazione periodica ai fini della rendicontazione; registro degli omaggi; registro di sconti e gratuità; registro degli eventi formativi finanziati da terzi; scheda di annotazione degli incontri con la P.A.; verbale di visita ispettiva; registro delle manutenzioni e delle verifiche periodiche.

Controlli sulle dichiarazioni sostitutive

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

Principi generali di comportamento

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

12. QUADRO RIEPILOGATIVO DELLE MISURE GENERALI E PROGRAMMAZIONE

Il seguente prospetto riepiloga le misure generali, con indicazione del soggetto responsabile dell'attuazione, della tempistica e dell'indicatore di monitoraggio. Le misure specifiche per area sono riepilogate nell'Allegato A.

Misura generale	Responsabile	Tempistica	Indicatore di monitoraggio
Integrazione anticorruttiva del Codice Etico e del Codice di Condotta; diffusione e raccolta delle prese d'atto; clausole contrattuali	RPCT e Amministratore Unico	Entro 12 mesi dall'approvazione del Piano	Adozione della revisione; percentuale di prese d'atto raccolte sul totale dei destinatari (obiettivo 100%)
Misure alternative alla rotazione: segregazione, doppia presenza, avvicendamento nel front office, controllo indipendente, benchmark fornitori	Amministratore Unico	Continuativa	Numero di verifiche a campione effettuate; evidenza della doppia presenza nei verbali ispettivi
Formazione generale, specifica e dedicata al personale sanitario	RPCT, Amministratore Unico e Direttore Sanitario	Annuale; nuovi assunti e nuovi incaricati entro 3 mesi	Ore erogate; percentuale di partecipazione (obiettivo non inferiore al 90%)
Pantouflage: clausole ostative, dichiarazioni sostitutive, vigilanza	RPCT e Amministratore Unico	A ogni selezione o conferimento; verifica annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite sul totale delle assunzioni e degli incarichi (obiettivo 100%)
Inconferibilità e incompatibilità: dichiarazioni sostitutive prima del conferimento degli incarichi di responsabilità e degli incarichi professionali continuativi, e successive verifiche	RPCT	Al conferimento; verifica annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite sul totale degli incarichi (obiettivo 100%); numero di verifiche a campione effettuate
Conflitto di interessi: dichiarazioni in prima applicazione, all'assunzione e annuali; obbligo di astensione; determinazioni del RPCT	RPCT	Prima applicazione entro 60 giorni; poi annuale	Percentuale di dichiarazioni acquisite; numero di situazioni gestite e relative determinazioni
Registro unico degli omaggi, delle liberalità e delle spese di	Addetta alla Contabilità e	Istituzione entro 6 mesi; tenuta continuativa	Istituzione del registro; numero di annotazioni; riepilogo annuale al RPCT

Misura generale	Responsabile	Tempistica	Indicatore di monitoraggio
rappresentanza; aggiornamento della PR 231.18	Amministratore Unico		
Disciplina dei rapporti con informatori scientifici, delle sponsorizzazioni e degli eventi formativi finanziati da terzi	Direttore Sanitario e Amministratore Unico	Entro 12 mesi	Registro degli eventi finanziati; numero di autorizzazioni rilasciate e relative motivazioni
Canale whistleblowing conforme al D.Lgs. 24/2023, esteso alle violazioni del Piano; informativa ai destinatari	Organismo di Vigilanza e RPCT	Operativo; informativa entro 6 mesi	Funzionamento del canale; numero di segnalazioni ricevute, gestite e riscontrate nei termini
Obbligo di segnalazione immediata di pressioni indebite, richieste estorsive e imposizioni sulle controparti	Tutti i destinatari	Continuativa	Numero di segnalazioni; evidenza delle denunce presentate
Misure di trasparenza obbligatorie e volontarie	RPCT e Amministratore Unico	Entro 12 mesi per la sezione dedicata del sito	Completezza e aggiornamento delle pubblicazioni; esito della verifica annuale del RPCT
Misure trasversali: informatizzazione, formalizzazione di organigramma e funzionigramma, standardizzazione, controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Amministratore Unico e RPCT	Organigramma entro 12 mesi; restanti misure continuative	Adozione dell'organigramma e del funzionigramma; percentuale di processi integralmente tracciati nel gestionale; percentuale di dichiarazioni controllate (obiettivo 10%)

13. MONITORAGGIO, FLUSSI INFORMATIVI E RELAZIONE ANNUALE

13.1 Il monitoraggio

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

Il RPCT svolge il monitoraggio secondo il seguente programma minimo:

- verifiche semestrali sulle aree a rischio elevato: verifica a campione, in misura non inferiore al 5%, della corrispondenza tra prestazioni rendicontate al S.S.R. e documentazione prescrittiva, clinica e refertativa; verifica dell'ordine cronologico delle prenotazioni e degli scostamenti motivati;
- verifiche annuali sulle restanti aree, mediante esame documentale e colloqui con i Responsabili interni;
- verifiche annuali a campione sulle dichiarazioni sostitutive e sulle dichiarazioni in materia di conflitto di interessi, inconferibilità e pantouflage;
- verifica annuale dello stato di attuazione delle misure programmate e della rilevazione dei relativi indicatori;
- verifica annuale sull'adempimento degli obblighi di trasparenza applicabili;
- verifica annuale dell'evidenza documentale degli adempimenti in materia di manutenzione, verifiche periodiche e radioprotezione, sotto il profilo della prevenzione del risparmio indebito di costi.

Le attività di monitoraggio sono verbalizzate e archiviate, in modo da consentire la tracciabilità dei controlli, la verifica dello stato di avanzamento e la dimostrazione dell'avvenuta vigilanza. Il RPCT concorda preventivamente con il Direttore Sanitario e con il D.P.O. le modalità di accesso alla documentazione sanitaria, privilegiando la consultazione in ambiente controllato e su dati minimizzati.

13.2 Flussi informativi verso il RPCT

I Responsabili interni trasmettono al RPCT, con la periodicità di seguito indicata e comunque tempestivamente al verificarsi di eventi rilevanti, i seguenti flussi. Gli stessi flussi, ove già previsti dalla Parte Speciale del MOG 231 verso l'Organismo di Vigilanza, si intendono assolti con unica trasmissione a entrambi gli organi, secondo la PR 231.15.

Soggetto obbligato	Oggetto del flusso	Periodicità
Amministratore Unico	Quadro aggiornato dei titoli autorizzativi e di accreditamento, con scadenze e stato degli adempimenti; istanze e comunicazioni di variazione presentate; provvedimenti di sospensione, revoca, diffida o diniego; adempimenti	Annuale e immediata al verificarsi

Soggetto obbligato	Oggetto del flusso	Periodicità
	antimafia e fatti idonei a integrare cause di decadenza ex art. 67 D.Lgs. 159/2011	
Amministratore Unico	Annotazioni degli incontri con funzionari dell'A.S.P. e dell'Assessorato; richieste o sollecitazioni anomale; pressioni indebite e richieste estorsive	Annuale e immediata al verificarsi
Amministratore Unico	Elenco degli accessi ispettivi subiti con relativi verbali, rilievi ed esiti; stato dei piani di adeguamento	Annuale e immediata al verificarsi
Amministratore Unico / Direttore Sanitario	Andamento del volume di prestazioni erogate rispetto al tetto di spesa assegnato e scostamenti rispetto alla programmazione	Trimestrale
Addetta alla Contabilità	Prospetti di riconciliazione ai fini della rendicontazione; evidenza del controllo incrociato privato/accreditato; elenco delle contestazioni, degli abbattimenti e delle rettifiche, con esiti	Semestrale
Addetta alla Contabilità	Registro degli omaggi, delle liberalità e delle spese di rappresentanza; offerte di utilità ricevute dal personale; registro di sconti, gratuità e mancate riscossioni di ticket	Annuale
Addetta alla Contabilità	Elenco dei principali fornitori, appaltatori e consulenze attive, con i relativi compensi e le variazioni significative; esito dei riesami e dei benchmark; evidenza delle verifiche di qualifica	Annuale
Addetta alla Contabilità	Operazioni di incasso o pagamento anomale; variazioni di coordinate bancarie con evidenza delle verifiche; riepilogo di note di credito, storni e abbuoni; regolarità dei versamenti fiscali e contributivi; scadenzario degli adempimenti autorizzativi	Annuale e immediata al verificarsi
Direttore Sanitario	Criteri di priorità clinica adottati e relativi aggiornamenti; casi di scostamento motivato dall'ordine cronologico; esiti delle verifiche sulla completezza e congruità dei referti	Annuale
Direttore Sanitario	Verifica dei titoli abilitanti, delle specializzazioni e delle coperture assicurative del personale sanitario; variazioni nell'organico sanitario	Annuale e immediata al verificarsi
Responsabile di Reparto - T.S.R.M.	Rilevazione dei tempi medi di attesa per tipologia di prestazione, distinti per regime accreditato e privatistico; incidenza delle classi di priorità elevate	Semestrale
Responsabile di Reparto - T.S.R.M.	Registro delle manutenzioni, delle verifiche periodiche e dei controlli di qualità delle apparecchiature; omissioni, ritardi o rifiuti di intervento; anomalie negli approvvigionamenti e offerte di utilità ricevute da fornitori	Annuale e immediata al verificarsi
Datore di Lavoro, per il tramite di R.S.P.P. ed Esperto di Radioprotezione	Evidenza dell'assolvimento degli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e radioprotezione: aggiornamento del DVR, sorveglianza fisica e dosimetrica, sorveglianza sanitaria, formazione, DPI, DUVRI; infortuni e quasi-infortuni	Annuale
Amministratore Unico / Amministratore di Sistema	Ricognizione delle utenze attive sui sistemi e sui portali pubblici; eventi di sicurezza e violazioni dei dati personali	Annuale e immediata al verificarsi
Impiegato addetto alla manutenzione e sorveglianza	Evidenza delle verifiche sulle autorizzazioni dell'impresa di gestione dei rifiuti; riepilogo dei conferimenti, dei formulari e delle anomalie	Annuale
Tutti i destinatari	Situazioni di conflitto di interessi; pressioni indebite e richieste estorsive; offerte di utilità; violazioni del Piano e dei Codici	Immediata

13.3 Relazione annuale del RPCT

Il RPCT trasmette all'Amministratore Unico e all'Organismo di Vigilanza (nel caso di specie coincide con il RPCT), con cadenza annuale, una relazione sull'adeguatezza e sull'osservanza del Piano, contenente:

- il rendiconto sullo stato di attuazione delle misure programmate, con rilevazione degli indicatori e confronto con i valori attesi;
- gli esiti delle verifiche e degli audit svolti, con particolare riguardo alle verifiche campionarie sulle prestazioni rendicontate;
- le segnalazioni ricevute e le anomalie riscontrate nel funzionamento del Piano, nel rispetto della riservatezza;
- i procedimenti disciplinari attivati e le sanzioni eventualmente irrogate per violazioni del Piano e dei Codici;
- le problematiche riscontrate nelle modalità di attuazione delle procedure di controllo;
- gli interventi correttivi e migliorativi pianificati e il relativo stato di realizzazione;
- le eventuali indagini condotte dagli organi inquirenti nei confronti della Società, dei suoi esponenti o dei suoi collaboratori, nonché gli esiti dei controlli di appropriatezza e delle verifiche ispettive subite;
- lo stato di adempimento degli obblighi di trasparenza;

- le proposte di aggiornamento del Piano.

La relazione è conservata a cura della Società ed è messa a disposizione delle autorità competenti in occasione delle verifiche annuali previste dall'Atto di indirizzo regionale.

14. TRASPARENZA

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

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

- comma 1: le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/2001;
- comma 2: gli enti pubblici economici, gli ordini professionali, le società in controllo pubblico e le associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario, per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio, da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei componenti dell'organo di amministrazione o di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni;
- comma 3: le società a partecipazione pubblica e le associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici, ai quali la disciplina si applica «in quanto compatibile» e «limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea».

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

14.2 La posizione di TFA TRADE S.R.L.

TFA TRADE S.R.L. è una società di capitali interamente privata, non partecipata né controllata da pubbliche amministrazioni; essa non rientra pertanto nell'ambito di cui al comma 2 dell'art. 2-bis.

Quanto al comma 3, esso individua due distinte fattispecie: il primo periodo si riferisce alle società a partecipazione pubblica; il secondo periodo si riferisce ad associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitino attività di pubblico interesse.

TFA TRADE S.R.L. è una società di capitali priva di qualsiasi partecipazione pubblica: essa non è pertanto riconducibile al primo periodo del comma 3. Quanto al secondo periodo, l'elencazione ivi contenuta - costruita in contrapposizione al primo periodo, dedicato alle società - induce a ritenere, secondo l'interpretazione prevalente, che le società di capitali interamente private ne restino estranee, con la conseguenza che la Società non sarebbe destinataria degli obblighi di cui al D.Lgs. 33/2013.

Si deve tuttavia dare atto che tale conclusione non è pacifica: la Società, in quanto struttura sanitaria accreditata, eroga per conto del Servizio Sanitario Nazionale prestazioni pienamente riconducibili alla nozione di attività di pubblico interesse, sulla base di uno specifico atto di affidamento costituito dal provvedimento di accreditamento istituzionale e dai conseguenti accordi contrattuali; le Linee guida ANAC valorizzano, quale criterio di attrazione nell'ambito della disciplina, proprio lo svolgimento in concreto di attività di rilievo pubblicistico da parte di soggetti di dimensioni economiche significative. In via prudenziale, la Società verifica pertanto annualmente anche il ricorrere del requisito dimensionale, sulla base del totale di bilancio risultante dall'ultimo esercizio approvato.

Ne consegue quanto segue:

- secondo l'interpretazione prevalente, e in ogni caso ove la soglia dimensionale non risulti superata, la Società non è destinataria degli obblighi di pubblicazione e dell'accesso civico generalizzato di cui al D.Lgs. 33/2013. Restano nondimeno pienamente applicabili gli obblighi di trasparenza derivanti dalla normativa di settore sanitario, di seguito individuati, cui la Società aggiunge le misure di trasparenza volontaria;
- ove si acceda alla lettura estensiva del comma 3, secondo periodo, e la soglia dimensionale risulti superata, la Società sarebbe tenuta agli obblighi di pubblicazione e all'accesso civico generalizzato «in quanto compatibili» e «limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all'attività di pubblico interesse», ossia esclusivamente con riferimento all'attività erogata

in regime di accreditamento e convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, restando estranea al perimetro della trasparenza l'attività erogata in regime privatistico, svolta in regime di concorrenza con altri operatori economici.

In entrambe le ipotesi, la Società assume la trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione di primaria importanza e adotta le misure di cui al paragrafo che segue, istituendo entro il primo anno di vigenza del Piano un'apposita sezione «Società trasparente» sul proprio sito web istituzionale.

15. TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

Assume specifico rilievo, nel contesto di una struttura di diagnostica per immagini, il divieto di pubblicazione di qualsiasi dato riferibile, anche indirettamente, allo stato di salute dei pazienti, ivi compresi referti e immagini diagnostiche, anche a fini illustrativi o promozionali. I dati relativi ai risarcimenti erogati e agli eventi avversi, oggetto di pubblicazione ai sensi della L. 24/2017, sono pertanto pubblicati esclusivamente in forma aggregata e anonima, con esclusione di ogni elemento idoneo a consentire l'identificazione, anche indiretta, degli interessati.

La Società ha designato un Data Protection Officer, individuato in uno studio professionale esterno, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679; il relativo nominativo e i recapiti sono pubblicati sul sito web e comunicati al Garante per la protezione dei dati personali. Il D.P.O. è coinvolto nei flussi informativi verso il RPCT per i profili di competenza e concorre alla definizione delle modalità di accesso del RPCT alla documentazione sanitaria, secondo i principi di minimizzazione e di limitazione della finalità.

16. AGGIORNAMENTO DEL PIANO

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

L'aggiornamento tiene conto dei seguenti fattori:

- sopravvenienze normative che impongano ulteriori adempimenti o modifichino il quadro di riferimento, ivi compresi nuovi indirizzi dell'ANAC e dell'Assessorato regionale della Salute;
- modifiche del rapporto con il Servizio Sanitario Regionale: variazioni dell'accreditamento istituzionale, nuovi accordi contrattuali, variazione del budget o dei tetti di spesa assegnati, estensione ad altre branche specialistiche, cessazione del convenzionamento;
- modifiche dei titoli autorizzativi, della direzione sanitaria, della dotazione tecnologica o dell'assetto strutturale della struttura;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del Piano, anche a seguito di segnalazioni, contestazioni, abbattimenti, rilievi ispettivi o procedimenti disciplinari;
- accertamento di violazioni delle prescrizioni del Piano;
- mutamenti dell'organizzazione o dell'attività della Società, quali l'avvio di nuovi servizi, l'apertura di nuove sedi o unità locali, il ricorso a finanziamenti pubblici, la partecipazione a procedure di gara, la modifica dell'assetto societario o dell'organo amministrativo, la nomina di un organo di controllo, il conferimento di procure o di deleghe gestorie;
- variazione del totale di bilancio rilevante ai fini dell'art. 2-bis, comma 3, del D.Lgs. 33/2013;
- esiti del monitoraggio, della rilevazione degli indicatori e delle verifiche annuali previste dall'Atto di indirizzo regionale.

Il Piano approvato e i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul sito web della Società, comunicati a tutto il personale, ai medici e ai professionisti in contratto d'opera e ai collaboratori, e trasmessi all'Organismo di Vigilanza. Ai fornitori, ai consulenti e alle altre controparti contrattuali ne è data adeguata informazione mediante le clausole contrattuali .

ALLEGATO A - MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO CORRUTTIVO

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

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Istanze, autocertificazioni e comunicazioni di variazione all'A.S.P. e all'Assessorato; gestione del rapporto di accreditamento	Utilità a funzionari per ottenere o conservare l'accreditamento o condizioni contrattuali di favore; traffico di influenze; autocertificazioni sui requisiti soggettivi non veritiere; omissione di comunicazioni dovute. Fattori abilitanti: interlocuzione diretta e continuativa con l'amministrazione; concentrazione dei poteri nell'organo amministrativo; recente subentro nella titolarità dei titoli	3	5	15 ELEVATO	Canale unico e tracciabile; doppia presenza e annotazione degli incontri; verifica preventiva delle dichiarazioni; protocollo dedicato; codici di comportamento; formazione	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	100% delle istanze con documentazione di supporto conservata; annotazioni degli incontri agli atti; flusso annuale al RPCT. Entro 12 mesi
Negoziazione degli accordi contrattuali, gestione del budget e dei tetti di spesa	Utilità a funzionari per ottenere l'ampliamento del budget o la mancata contestazione di sforamenti; manipolazione della codifica o della tempistica di registrazione per compensazioni tra periodi	2	5	10 MODERATO	Monitoraggio trimestrale del budget e divieto di manipolazione temporale; divieto rafforzato di utilità; doppia presenza e annotazione degli incontri; segnalazione delle pressioni indebite	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	Report trimestrale sull'andamento del budget; assenza di rettifiche non motivate. Continuativa
Adempimenti antimafia e presidio delle cause di decadenza dall'accreditamento	Instaurazione o mantenimento di rapporti con controparti riconducibili a contesti criminali; accettazione di imposizioni su fornitori o personale; omessa segnalazione di cause di decadenza ex art. 67 D.Lgs. 159/2011	2	5	10 MODERATO	Presidio antimafia e clausole risolutive; qualifica e riesame dei fornitori; segnalazione delle pressioni indebite	Amministratore Unico	100% dei contratti rilevanti con clausola risolutiva antimafia; evidenza annuale delle verifiche. Entro 24 mesi
Gestione dell'agenda, delle prenotazioni e delle liste di attesa	Alterazione dell'ordine di prenotazione o anticipazione indebita in cambio di utilità, per conoscenza personale o su segnalazione di terzi; agende parallele non tracciate. Fattori abilitanti: contatto quotidiano del front office con l'utenza; domanda superiore all'offerta	4	4	16 ELEVATO	Registro unico delle prenotazioni e divieto di agende parallele; criteri di priorità clinica formalizzati; monitoraggio semestrale dei tempi di attesa; avvicendamento nel front office	Addette all'Accettazione; Responsabile di Reparto; Direttore Sanitario	100% delle prenotazioni tracciate nel gestionale; numero di scostamenti motivati. Entro 12 mesi
Determinazione delle priorità cliniche e delle urgenze	Qualificazione impropria di una prestazione come urgente o breve per favorire un paziente; discrezionalità tecnica non formalizzata	3	4	12 MODERATO	Criteri di priorità clinica formalizzati; rilevazione dell'incidenza delle classi di priorità; verifica campionaria del RPCT sulle prestazioni classificate come urgenti; formazione	Direttore Sanitario	Adozione del documento sui criteri di priorità entro 12 mesi; incidenza delle urgenze monitorata semestralmente
Accettazione, verifica delle prescrizioni e delle esenzioni, riscossione del ticket	Applicazione di esenzioni non spettanti; omessa riscossione di ticket dovuti; accettazione di pazienti privi di valida prescrizione	4	4	16 ELEVATO	Verifica delle prescrizioni e delle esenzioni sui sistemi del S.S.R.; registro delle mancate riscossioni; emissione del documento fiscale; separazione dei ruoli	Addette all'Accettazione; Addetta alla Contabilità	100% delle accettazioni con evidenza della verifica di prescrizione ed esenzione; verifica annuale del RPCT
Orientamento del paziente tra regime accreditato e regime privatistico; sconti, gratuità e agevolazioni	Dirottamento del paziente verso il privato in assenza di ragioni cliniche, in particolare a budget saturo; rappresentazione di tempi di attesa artificiosamente lunghi; sconti e gratuità non giustificati quale veicolo di utilità	4	4	16 ELEVATO	Tracciabilità e motivazione del passaggio tra regimi; registro di sconti e gratuità con autorizzazione; monitoraggio dei tempi di attesa; codici di comportamento	Addette all'Accettazione; Direttore Sanitario; Amministratore Unico	Istituzione del registro entro 6 mesi; verifica annuale a campione del RPCT sulle motivazioni registrate e sul rapporto tra volumi nei due regimi
Esecuzione e registrazione delle prestazioni nel sistema gestionale	Registrazione di prestazioni non erogate o difformi; esecuzione di esami non appropriati o ripetuti per saturare il budget, con esposizione ingiustificata a radiazioni ionizzanti; registrazione differita non tracciata	4	5	20 ELEVATO	Separazione dei ruoli; abbinamento univoco prescrizione-prestazione-referto; presidio dell'appropriatezza e della giustificazione dell'esposizione;	T.S.R.M.; Responsabile di Reparto; Direttore Sanitario	100% delle prestazioni rendicontate con documentazione clinica completa; esito della verifica

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
					immodificabilità delle registrazioni; formazione		semestrale del RPCT. Entro 12 mesi
Refertazione da parte del medico specialista e consegna del referto	Refertazione meramente formale o sottoscrizione di referti relativi a esami non personalmente valutati; formazione o alterazione postuma di referti a supporto di prestazioni non eseguite; ritardo sistematico nella consegna	3	5	15 ELEVATO	Istruzioni operative sulla refertazione e verifica campionaria del Direttore Sanitario; tracciabilità delle integrazioni e correzioni; rilascio del referto entro sette giorni; verifica dei titoli	Direttore Sanitario; medici specialisti refertanti	Percentuale di referti emessi nei termini definiti; esito della verifica campionaria semestrale. Entro 12 mesi
Compilazione e trasmissione dei flussi di rendicontazione al S.S.R.; fatturazione all'A.S.P.	Rendicontazione di prestazioni non erogate, in misura inferiore o diverse; upcoding e frazionamento artificioso; duplicazione della remunerazione (privato e accreditato); manipolazione dei dati nei sistemi telematici o accesso con credenziali altrui	4	5	20 ELEVATO	Riconciliazione periodica sottoscritta; controllo incrociato privato/accreditato; verifica campionaria del RPCT (almeno il 5%); tracciabilità delle rettifiche; protocolli dedicati; credenziali individuali	Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Prospetti di riconciliazione sottoscritti per ogni trasmissione; evidenza documentale del controllo incrociato; numero e esito delle contestazioni A.S.P. Entro 12 mesi
Gestione delle contestazioni, degli abbattimenti e dei controlli di appropriatezza	Occultamento o alterazione della documentazione in sede di controllo; utilità a funzionari preposti per ottenere la mancata contestazione di irregolarità	2	5	10 MODERATO	Scadenzario delle contestazioni e conservazione della documentazione giustificativa; presidio delle visite ispettive; divieto rafforzato di utilità; segnalazione delle pressioni indebite	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	100% delle contestazioni registrate con motivazione ed esito; flusso semestrale al RPCT
Autorizzazione sanitaria: istanze, dichiarazioni sostitutive, comunicazioni di variazione, tassa di concessione governativa	Utilità a funzionari per ottenere, conservare o accelerare provvedimenti; documenti o dichiarazioni non veritieri; omissione delle comunicazioni di variazione; esercizio in difformità dai titoli; omesso o tardivo versamento della tassa annuale	2	5	10 MODERATO	Scadenzario degli adempimenti; verifica preventiva delle dichiarazioni; protocolli dedicati; segnalazione delle pressioni indebite	Amministratore Unico; Direttore Sanitario; Addetta alla Contabilità	Scadenzario aggiornato e assenza di scadenze non rispettate; quietanza della tassa annuale esibita nei termini. Entro 12 mesi
Verifiche, audit e ispezioni di soggetti pubblici	Utilità ai verificatori per ottenere esiti favorevoli o la mancata contestazione; esibizione di documenti falsi; occultamento o distruzione di documenti; concussione o induzione indebita subite	3	5	15 ELEVATO	Doppia presenza, verbalizzazione, archiviazione e piani di adeguamento tracciati; protocollo dedicato; segnalazione immediata di richieste anomale	Amministratore Unico; Direttore Sanitario; R.S.P.P.	100% degli accessi ispettivi con verbale archiviato ed evidenza della doppia presenza. Continuativa
Adempimenti fiscali, tributari e previdenziali	Utilità a funzionari dell'Amministrazione finanziaria o degli enti previdenziali; compensazioni con crediti inesistenti; dichiarazioni infedeli	2	4	8 MODERATO	Incarichi formalizzati a professionisti abilitati, pagamenti tracciabili, verifica periodica dei versamenti e del DURC	Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Attestazione annuale di regolarità dei versamenti; DURC regolare
Acquisizione e gestione di contributi, agevolazioni e finanziamenti pubblici	Dichiarazioni o documenti falsi per ottenere erogazioni; impiego delle somme per finalità difformi; compensi a consulenti in percentuale sul contributo ottenuto	2	4	8 MODERATO	Approvazione preventiva, veridicità dei dati, rendicontazione documentata, divieto di success fee non trasparenti	Amministratore Unico; Addetta alla Contabilità	Elenco annuale dei contributi richiesti e ottenuti, con stato delle rendicontazioni
Contenzioso, accordi transattivi e rapporti con l'Autorità Giudiziaria	Utilità a magistrati, consulenti tecnici o testimoni; transazioni a condizioni ingiustificate quale veicolo di provvista; pressioni su soggetti chiamati a rendere dichiarazioni	2	4	8 MODERATO	Incarichi scritti ai legali con clausola etica, approvazione motivata delle transazioni, tracciabilità dei pagamenti, divieto di pressioni	Amministratore Unico	Elenco annuale dei contenziosi e delle transazioni con le relative condizioni
Rilevazione del fabbisogno e acquisto di materiali sanitari, dispositivi, mezzi di contrasto e materiali di consumo	Utilità ricevute da fornitori per orientare le scelte di acquisto; ordini non motivati o sovradimensionati; acquisti a condizioni anomale o da soggetti non qualificati	3	3	9 MODERATO	Segregazione del ciclo passivo; divieto di utilità da fornitori e obbligo di segnalazione; tracciabilità dei materiali; registro degli omaggi	Responsabile di Reparto; Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Percentuale di ordini preceduti da richiesta motivata; annotazioni nel registro degli omaggi
Selezione, qualifica e monitoraggio di fornitori e appaltatori	Selezione in assenza di criteri oggettivi e di confronto; rapporti consolidati mai riesaminati; infiltrazione di controparti riconducibili a contesti criminali; imposizioni sulla scelta dei fornitori	3	4	12 MODERATO	Elenco dei fornitori qualificati, confronto di preventivi, riesame triennale, verifiche camerali e antimafia, clausole risolutive; presidio antimafia; segnalazione delle pressioni indebite	Amministratore Unico; Addetta alla Contabilità	Istituzione dell'elenco entro 24 mesi; numero di riesami effettuati; percentuale di acquisti significativi con almeno due preventivi

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
Acquisto, manutenzione, verifiche periodiche e controlli di qualità delle apparecchiature radiologiche ed elettromedicali	Omissione, rarefazione o falsa attestazione delle verifiche e della manutenzione per risparmio di costi; utilità ricevute dai service di manutenzione; alterazione delle registrazioni	3	5	15 ELEVATO	Registro delle manutenzioni e conservazione di rapporti e verbali; qualifica e riesame dei service; divieto di utilità da fornitori; presidio della radioprotezione	Responsabile di Reparto; Amministratore Unico	100% delle verifiche periodiche e dei controlli di qualità effettuati nei termini; flusso annuale al RPCT. Entro 12 mesi
Adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di radioprotezione	Omissione della sorveglianza fisica e dosimetrica, della sorveglianza sanitaria, della formazione e della fornitura dei DPI per finalità di risparmio di costi; omessa gestione delle interferenze negli appalti	2	5	10 MODERATO	Presidio integrale degli adempimenti prevenzionistici e di radioprotezione; verifica dell'idoneità tecnico-professionale degli appaltatori; formazione	Amministratore Unico - Datore di Lavoro; R.S.P.P.; Esperto di Radioprotezione; Medico Autorizzato	Evidenza annuale dell'assolvimento degli adempimenti; assenza di prescrizioni degli organi di vigilanza
Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	Conferimento a soggetti non autorizzati o a costi anomali; alterazione o omessa compilazione di formulari e registri; superamento dei limiti del deposito temporaneo	2	4	8 MODERATO	Verifica periodica delle autorizzazioni e dell'iscrizione all'Albo, rispetto dei limiti di deposito, FIR e registri RENTRI, formazione degli addetti	Impiegato addetto alla manutenzione; Amministratore Unico	Evidenza annuale delle verifiche sull'impresa incaricata; 100% dei formulari rientrati
Valutazione del fabbisogno, selezione e assunzione del personale dipendente	Assunzioni fondate su conoscenza, amicizia o favore personale; assunzioni quale contropartita di segnalazioni di pubblici funzionari; violazione del divieto di pantouflage	3	3	9 MODERATO	Verbalizzazione del fabbisogno e motivazione degli esiti; verifica dei requisiti; dichiarazioni ostative e di conflitto; divieto di pantouflage; gestione del conflitto di interessi	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	100% delle selezioni con verbale e motivazione agli atti; 100% delle dichiarazioni acquisite
Conferimento di incarichi a medici specialisti e ad altri professionisti sanitari	Incarichi fondati su criteri non oggettivi; omessa verifica di titoli, iscrizione all'albo, specializzazione e copertura assicurativa; compensi sproporzionati; incarichi quale contropartita di utilità	3	4	12 MODERATO	Verifica documentata dei titoli abilitanti e della polizza; formalizzazione e congruità dei compensi; verbalizzazione del fabbisogno; dichiarazioni ostative e di conflitto; verifica di inconferibilità e incompatibilità	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	100% degli incarichi con verifica dei titoli documentata; report annuale al RPCT
Conferimento di incarichi a consulenti e professionisti esterni	Incarichi fittizi o compensi sproporzionati quale veicolo di provvista per finalità corruttive; scelta dei professionisti su base personale; cumulo di incarichi incompatibili	3	3	9 MODERATO	Incarichi scritti, verifica delle competenze, congruità del compenso, pagamento tracciabile a fronte di prestazione documentata, clausola etica; verifica di inconferibilità e incompatibilità	Amministratore Unico	Elenco annuale delle consulenze attive e dei compensi trasmesso al RPCT
Appalti di servizi e gestione del personale delle imprese appaltatrici	Impiego di lavoratori privi di regolare permesso di soggiorno; ricorso a intermediazione illecita di manodopera; omessa verifica dell'idoneità tecnico-professionale	2	4	8 MODERATO	Verifica dell'idoneità, della regolarità contributiva e del trattamento dei lavoratori; gestione delle interferenze; qualifica e riesame dei fornitori	Amministratore Unico	100% degli appalti con verifica documentata dei requisiti; DURC degli appaltatori in corso di validità
Formazione, ECM ed eventi formativi finanziati da terzi	Finanziamento di eventi, viaggi o ospitalità da parte di fornitori o produttori quale forma dissimulata di utilità (comparaggio)	3	3	9 MODERATO	Autorizzazione preventiva e registro degli eventi finanziati; disciplina dei rapporti con informatori scientifici	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	Istituzione del registro entro 12 mesi; numero di autorizzazioni rilasciate e relative motivazioni
Attribuzione di premi, benefit e rimborsi spese	Attribuzione di utilità non giustificate; rimborsi privi di documentazione giustificativa	2	2	4 BASSO	Criteri definiti e documentati, rimborsi solo a fronte di giustificativi, registrazione contabile ed evidenza al RPCT	Amministratore Unico; Addetta alla Contabilità	100% dei rimborsi con giustificativo; riesame annuale
Fatturazione delle prestazioni private e gestione degli incassi (contante, POS, bonifici)	Incassi non registrati e omessa emissione del documento fiscale, con costituzione di provvista extracontabile; appropriazione di somme; frazionamento artificioso del contante; omessa trasmissione al Sistema TS	3	4	12 MODERATO	Quadrature e riconciliazioni; documento fiscale per ogni incasso e trasmissione al Sistema TS; canalizzazione e limiti del contante	Addette all'Accettazione; Addetta alla Contabilità	Quadrature periodiche effettuate; scostamenti rilevati e motivati; verifica annuale del RPCT
Pagamenti a fornitori, collaboratori e professionisti; tesoreria	Pagamenti privi di riscontro contrattuale; pagamenti verso coordinate riferibili a terzi; accettazione o impiego di somme di provenienza illecita; acquisti a prezzi anomali	2	4	8 MODERATO	Pagamenti a fronte di documento giustificativo e verso l'IBAN della controparte, con verifica rafforzata in caso di variazione; separazione tra	Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Numero di variazioni di IBAN verificate e documentate; segnalazioni di operazioni anomale

Processo / attività sensibile	Principali eventi rischiosi e fattori abilitanti	P	I	Liv.	Misure di prevenzione	Responsabile attuazione	Indicatore e tempistica
					predisposizione e autorizzazione; qualifica e riesame dei fornitori		
Note di credito, storni, abbuoni e recupero crediti	Storni, note di credito e abbuoni non giustificati, utilizzati per occultare incassi o per riconoscere utilità a soggetti selezionati	3	3	9 MODERATO	Autorizzazione dell'Amministratore Unico, motivazione e riepilogo annuale; quadrature e riconciliazioni	Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Riepilogo annuale al RPCT; incidenza percentuale di storni e note di credito sul fatturato, monitorata
Operazioni con il socio unico e sul patrimonio sociale	Prelievi o attribuzioni al socio privi di causale documentata; distribuzione di utili non conseguiti; operazioni pregiudizievoli per i creditori o per l'Erario. Fattore abilitante: coincidenza tra socio unico e organo amministrativo	2	4	8 MODERATO	Verbalizzazione delle decisioni del socio unico, formalizzazione dei finanziamenti e dei prelievi, transito esclusivo su conti sociali	Amministratore Unico / socio unico	Comunicazione annuale al RPCT e all'OdV delle decisioni del socio e delle operazioni sul capitale
Omaggi, liberalità, spese di rappresentanza e sponsorizzazioni	Omaggi, sconti, prestazioni gratuite o sponsorizzazioni quale veicolo di utilità indebite verso pubblici funzionari, medici prescrittori o soggetti in grado di influenzare decisioni	3	4	12 MODERATO	Registro unico degli omaggi e soglia del valore simbolico; divieto rafforzato verso soggetti pubblici; formalizzazione delle sponsorizzazioni	Addetta alla Contabilità; Amministratore Unico	Istituzione del registro entro 6 mesi; riepilogo annuale al RPCT; assenza di annotazioni riferite a soggetti pubblici
Rapporti con informatori scientifici, case produttrici e distributori	Ricezione di utilità in violazione del divieto di comparaggio (mezzi di contrasto e medicinali) e dei doveri di indipendenza professionale; condizionamento delle scelte cliniche e di acquisto	2	4	8 MODERATO	Disciplina degli incontri e annotazione del materiale ricevuto; divieto di utilità da fornitori; autorizzazione preventiva degli eventi finanziati; formazione dedicata	Direttore Sanitario; Responsabile di Reparto	Registrazione degli incontri; annotazioni nel registro degli omaggi; assenza di segnalazioni
Comunicazione sanitaria, marketing e rapporti con i medici prescrittori	Corresponsione di utilità a medici, strutture o terzi per l'invio o il procacciamento di pazienti (dicotomia); comunicazioni promozionali ingannevoli o non conformi alla disciplina della pubblicità sanitaria	3	4	12 MODERATO	Approvazione preventiva delle campagne, conformità alla disciplina della pubblicità sanitaria, indicazione del direttore sanitario, divieto di procacciamento; codici di comportamento	Amministratore Unico; Direttore Sanitario	100% delle campagne approvate preventivamente; assenza di contestazioni dell'Ordine professionale
Formazione, tenuta e conservazione della documentazione sanitaria; tracciabilità delle prestazioni	Formazione o alterazione postuma di referti, registrazioni e immagini a supporto di prestazioni non erogate; cancellazione o modifica non tracciata; omessa conservazione nei termini di legge	3	5	15 ELEVATO	Immodificabilità e tracciabilità delle registrazioni; conservazione della documentazione; credenziali individuali; verifica campionaria; formazione	Direttore Sanitario; Responsabile di Reparto; Addette all'Accettazione	Esito della verifica semestrale del RPCT; percentuale di prestazioni con documentazione completa e conforme nel campione esaminato. Entro 12 mesi
Trattamento dei dati personali e sanitari; accesso ai sistemi aziendali e ai portali telematici pubblici	Accesso mediante credenziali altrui o utenze condivise; consultazione di dati sanitari al di fuori delle necessità di cura; comunicazione o diffusione indebita di dati a terzi, anche a fini commerciali o di procacciamento	3	4	12 MODERATO	Credenziali individuali, profilazione e disattivazione tempestiva; ricognizione annuale delle utenze; presidio privacy e gestione dei data breach	Amministratore Unico; Amministratore di Sistema; D.P.O.	Ricognizione annuale delle utenze; numero di violazioni dei dati rilevate e gestite; formazione privacy erogata
Rilascio della documentazione sanitaria al paziente	Ritardo o rifiuto nel rilascio di referti e immagini; subordinazione del rilascio a condizioni non previste o a somme non dovute	2	3	6 BASSO	Procedura di rilascio entro sette giorni con registrazione delle richieste e dei tempi di evasione	Direttore Sanitario; Addette all'Accettazione	Percentuale di richieste evase entro sette giorni (obiettivo 100%); flusso annuale al RPCT