

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA  
2023 – 2025**

Redatto ai sensi della Legge n. 190/2012 e della Nota Assessoriale Regione Sicilia  
Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018

CLINICA CANDELA S.p.A.  
Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC)  
Palermo, 2026

## Sommario

<b>1. PREMessa E QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. AMBITO SOGGETTIVO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>3. CONTESTO ESTERNO E INTERNO .....</b>	<b>4</b>
3.1 Contesto esterno .....	4
3.2 Contesto interno .....	4
<b>4. SOGGETTI DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b>	<b>5</b>
4.1 Consiglio di Amministrazione (CDA) .....	5
4.2 Responsabile della prevenzione e della corruzione (RPC) .....	5
4.3 Organismo di Vigilanza (ODV ex D.Lgs 231/2001) .....	5
4.4 Tutti i destinatari .....	5
<b>5. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>6. ANALISI DEL CONTESTO: MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO .....</b>	<b>6</b>
<b>7. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO .....</b>	<b>7</b>
<b>8. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b>	<b>7</b>
8.1 Codice etico e codice di comportamento .....	7
8.2 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (D.Lgs. 29/2013) .....	7
8.3 Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi .....	7
8.4 Gestione degli omaggi e dei benefici (anti-regalo) .....	7
8.5 Divieto di pantouflage (art. 53. Comma 16 ter, D.Lgs 165/2001) .....	8
8.6 Tutela del Whistleblower (d.Lgs 24/2023) .....	8
8.7 Rotazione degli incarichi (misura adattata al contesto) .....	8
8.8 Trasparenza (rinvio alla sezione 10) .....	8
8.9 Formazione del personale (rinvio alla sezione 11) .....	8
<b>9. MISURE SPECIFICHE PER LE AREE A RISCHIO .....</b>	<b>8</b>
9.1 Rapporti con ASP e Regione Sicilia (rischio alto) .....	8
9.2 Selezione e assunzione del personale (rischio alto) .....	8
9.3 Gestione delle liste di attesa (rischio alto) .....	9
9.4 Approvvigionamento di beni e servizi-acquisti (rischio alto) .....	9
9.5 Gestione dei dati sensibili dei pazienti (rischi alto) .....	9
9.6 Rendicontazione all'SSN e gestione dei rimborsi (rischio alto) .....	9
9.7 Informatori farmaceutici e fornitori di dispositivi medici (rischio medio) .....	9
<b>10. TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....</b>	<b>10</b>
<b>11. FORMAZIONE DEL PERSONALE .....</b>	<b>10</b>
<b>12. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO .....</b>	<b>11</b>
<b>13. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO .....</b>	<b>11</b>
<b>14. COORDINAMENTO CON IL MODELLO ORGANIZZATIVO EX D.LGS 231/2001 .....</b>	<b>12</b>

## **1. PREMESSA E QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (d'ora innanzi "Piano" o "PTPCT") è adottato dalla Clinica Candela S.p.A. (d'ora innanzi "Clinica" o "Società"), componente di Diritto Privato del Sistema Sanitario Nazionale, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché in ottemperanza alla Nota Assessoriale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, Prot. n. 38726 del 18 maggio 2018, che ha impartito alle strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con il SSN la direttiva di predisporre un apposito Piano di Prevenzione della Corruzione, da incardinare nel Modello aziendale di organizzazione, gestione e controllo ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/2001.

In quanto soggetto che svolge attività di pubblica utilità in convenzione con il SSN, la Clinica Candela è tenuta all'adozione di misure di prevenzione della corruzione in attuazione della normativa vigente, ivi incluse le indicazioni dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia contenute nella Nota prot. n. 38726 del 18 maggio 2018.

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2023-2025 è adottato in conformità alle seguenti fonti normative e di indirizzo:

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 (Legge Anticorruzione), come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016;
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (Trasparenza), come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016;
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi);
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, applicato in via analogica);
- D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231 (Responsabilità amministrativa degli enti), come integrato dal Modello 231 adottato dalla Clinica Candela con delibera del 22 dicembre 2020;
- D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 (Protezione dei soggetti che segnalano violazioni – Whistleblowing);
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 – Delibera ANAC n. 1064/2019;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 – Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023;
- Linee Guida ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 (accesso civico generalizzato);
- Nota Assessoriale Regione Sicilia prot. n. 38726 del 18 maggio 2018 (adeguamento del Modello 231 alla prevenzione anticorruzione per strutture sanitarie private accreditate);
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 dell'ASP di Palermo (adottato con delibera n. 133/2022), cui la Clinica Candela, in quanto struttura accreditata con l'ASP di Palermo, si raccorda.

Il presente Piano integra e coordina le disposizioni del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/2001 adottato dalla Clinica Candela, configurandosi come parte di un sistema organico e coerente di prevenzione dei rischi di illegalità.

## **2. AMBITO SOGGETTIVO DI APPLICAZIONE**

Il presente Piano si applica a tutti i soggetti operanti nell'ambito della Clinica Candela S.p.A., a qualsiasi titolo, ivi compresi:

- Componenti del Consiglio di Amministrazione e dell'Organismo di Vigilanza
- Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo
- Personale dipendente a tempo indeterminate, determinato
- Collaboratori, consulenti e liberi professionisti che operano per conto della Clinica
- Fornitori e appaltatori che intrattengono rapporti continuativi con la Clinica
- Tirocinanti e personale in formazione

La violazione delle misure di prevenzione, previste dal presente Piano, costituisce illecito disciplinare per i dipendenti e grave inadempimento contrattuale per collaboratori, consulenti, fornitori e amministratori, con le conseguenze previste dal sistema disciplinare e contrattuale vigente.

## **3. CONTESTO ESTERNO E INTERNO**

### **3.1 Contesto esterno**

La Clinica Candela opera nel contesto del sistema sanitario siciliano, caratterizzato da una significativa presenza di Strutture sanitarie componenti di Diritto Privato del Sistema Sanitario Nazionale.

Il territorio di riferimento è la città metropolitana di Palermo. I principali interlocutori pubblici sono: l'ASP di Palermo (soggetto committente delle prestazioni convenzionate), l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia (soggetto accreditante e vigilante), l'INPS, l'Agenzia delle Entrate, gli Ordini professionali sanitari.

L'analisi del contesto esterno evidenzia i seguenti fattori di rischio rilevanti per l'attività della Struttura: rischio di irregolarità nei rapporti di erogazione delle prestazioni al SSN; rischio connesso ai flussi informativi verso l'ASP (SDO, reportistica DRG); rischio di corruzione nel ciclo degli acquisti; pressioni esterne per l'accesso privilegiato alle prestazioni sanitarie (liste d'attesa).

### **3.2 Contesto interno**

La Clinica Candela S.p.A., componente di Diritto Privato del SSN, opera nel territorio di Palermo ed è dotata di Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001, nel quale il presente Piano è incardinato quale sezione integrativa. L'organigramma prevede: Consiglio di Amministrazione, Organismo di Vigilanza, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Responsabile della Qualità e Uffici Personale.

La Struttura presenta un numero adeguato di personale riguardo al quale, tuttavia, non è sempre praticabile la rotazione degli incarichi come misura di prevenzione; per tale ragione, in conformità a quanto previsto nei precedenti piani, la Clinica adotta misure organizzative alternative quali, ad esempio, la segregazione delle funzioni e i controlli incrociati.

## **4. SOGGETTI DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

### **4.1 Consiglio di Amministrazione (CdA)**

Il Consiglio di Amministrazione adotta il presente PTPCT su proposta del RPC, ne approva gli aggiornamenti annuali e ne garantisce l'attuazione. Delibera altresì le risorse necessarie per le attività formative e per il funzionamento del sistema di prevenzione.

### **4.2 Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC)**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è il soggetto preposto all'attuazione del presente Piano. Ai sensi dell'art. 1, commi 7-14, della Legge n. 190/2012 e della Nota Assessoriale n. 38726/2018, il RPC svolge le seguenti funzioni:

predispone e propone al CdA, entro il 31 gennaio di ogni anno, il PTPCT e i relativi aggiornamenti;  
verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, proponendo le misure correttive;  
individua e segnala le aree a rischio di corruzione;  
programma la formazione del personale operante nelle aree a rischio;  
redige, entro il 31 dicembre di ogni anno, la relazione annuale sull'attività svolta;  
riceve e gestisce le segnalazioni di illeciti (whistleblowing) ai sensi del D.Lgs. n. 24/2023;  
si raccorda con l'Organismo di Vigilanza (OdV) ex D.Lgs. 231/2001;  
cura la pubblicazione degli atti nella sezione 'Società Trasparente' del sito.

### **4.3 Organismo di Vigilanza (OdV) ex D.Lgs. 231/2001**

L'Organismo di Vigilanza, già istituito ai sensi del Modello 231/2001, collabora con il RPC per garantire la coerenza tra il sistema 231 e il sistema anticorruzione. L'OdV riceve le segnalazioni di violazioni del Modello, verifica il funzionamento dei protocolli preventivi e può formulare proposte di aggiornamento del presente Piano.

### **4.4 Tutti i destinatari**

Sono destinatari del presente Piano tutti i dipendenti della Clinica, i componenti del CdA, i collaboratori, i consulenti e i fornitori che svolgono attività rilevante o continuativa per conto della Clinica Candela. La violazione delle misure di prevenzione costituisce illecito disciplinare per i dipendenti e grave inadempimento contrattuale per i soggetti esterni.

## **5. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE**

Ai fini del presente Piano, la nozione di 'corruzione' è da intendersi in senso ampio, in linea con quanto indicato nel PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023). Essa ricomprende non solo le fattispecie penalistiche tipiche (corruzione, concussione, induzione indebita ex artt. 317-322-bis c.p.), ma anche tutti i comportamenti, gli atti e le omissioni che, anche senza integrare una fattispecie di reato, abbiano come effetto il perseguimento di un vantaggio privato a detrimento dell'interesse pubblico all'imparzialità, alla correttezza e alla trasparenza dell'attività sanitaria ed amministrativa.

Rientrano pertanto nel perimetro del presente Piano: i favoritismi nelle assunzioni, nei contratti e nell'accesso alle prestazioni; le condotte di abuso d'ufficio; la gestione clientelare delle liste d'attesa; i conflitti di interessi non dichiarati; le irregolarità nella rendicontazione delle prestazioni al SSN.

## 6. ANALISI DEL CONTESTO: MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO

La mappatura delle aree a rischio è stata effettuata sulla base del Modello 231/2001 della Clinica (adottato il 22/12/2020), delle indicazioni del PNA 2022 e delle aree di rischio specifiche identificate nel documento 'Misure adottate per il rispetto del Piano Triennale ASP Palermo'. Le aree sono state classificate secondo tre livelli di rischio: ALTO, MEDIO, BASSO.

**Tabella 1 – Mappatura e valutazione del rischio**

N.	Processo / Area a rischio	Fattore di rischio	Liv. rischio
1	Rapporti con ASP e Regione Sicilia (accreditamento, budget, convenzioni, DRG)	Falsa rappresentazione prestazioni; indebita percezione contributi pubblici; irregolarità nei flussi SDO/DRG	ALTO
2	Selezione e assunzione del personale	Favoritismi; irregolarità titoli professionali; raccomandazioni; assenza di criteri oggettivi	ALTO
3	Gestione delle liste d'attesa	Scalcamanti irregolari; trattamenti privilegiati a fronte di utilità; accesso scorretto a prestazioni SSN	ALTO
4	Approvvigionamento di beni e servizi (acquisti, contratti, fornitori)	Corruzione da fornitori; contratti non concorrenziali; consegne difformi; fatturazioni gonfiate	ALTO
5	Gestione dei dati sensibili dei pazienti	Cessione illecita di dati; accesso non autorizzato; violazione GDPR	ALTO
6	Rapporti con informatori farmaceutici e ditte fornitrici di dispositivi medici	Ricezione di omaggi e utilità; condizionamento delle scelte prescrittive e di acquisto	MEDIO
7	Gestione della rendicontazione al SSN e dei rimborsi	Irregolarità nella codifica delle dimissioni (DRG); up-coding; fatturazione di prestazioni non erogate	ALTO
8	Affidamento di incarichi esterni (consulenti, professionisti)	Inconferibilità; incompatibilità; conflitti di interesse; incarichi senza selezione	MEDIO
9	Gestione del sistema disciplinare e dei procedimenti interni	Ingiustificate disparità di trattamento; pressioni su dipendenti che segnalano illeciti (ritorsione whistleblower)	MEDIO
10	Adempimenti societari, contabili e fiscali	False comunicazioni sociali; irregolarità bilancio; reati tributari (ex art. 25-quinquiesdecies D.Lgs. 231/01)	MEDIO
11	Sicurezza sul lavoro e gestione dei rifiuti	Omissioni nella valutazione dei rischi; smaltimento irregolare rifiuti sanitari	MEDIO
12	Formazione del personale	Attestazioni di formazione non veritiere; assenza di percorsi formativi nelle aree a rischio	BASSO

## **7. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

La valutazione del rischio è effettuata secondo la metodologia prevista dal PNA 2019 e dall'Aggiornamento PNA 2022, attraverso le seguenti fasi:

**Fase I – Identificazione delle aree sensibili (Risk Assessment):** analisi documentale e colloqui con i responsabili delle funzioni per individuare attività/processi esposte al rischio corruttivo;

**Fase II – Gap Analysis:** valutazione dell'adeguatezza dei presidi esistenti rispetto alle misure raccomandate dal PNA e dal Modello 231;

**Fase III – Trattamento del rischio:** definizione e implementazione delle misure di prevenzione, con prioritizzazione degli interventi nelle aree ad alto rischio;

**Fase IV – Monitoraggio:** verifiche periodiche (almeno semestrali nelle aree ad alto rischio) sull'attuazione delle misure e sulla loro efficacia.

Il livello di rischio è calcolato come prodotto della probabilità di accadimento per l'impatto potenziale, tenendo conto dei controlli preventivi già in essere. La valutazione è aggiornata annualmente dal RPC, con il coinvolgimento dei responsabili di funzione, e tiene conto delle segnalazioni pervenute tramite il canale whistleblowing e delle risultanze dei monitoraggi periodici.

## **8. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

### **8.1 Codice Etico e Codice di Comportamento**

La Clinica Candela ha adottato il Codice Etico quale parte integrante del Modello 231/2001. Il Codice Etico regola i comportamenti di tutti i destinatari, con particolare riferimento ai conflitti di interessi, alla ricezione di omaggi (soglia massima: euro 30,00), ai rapporti con i fornitori e con il SSN. Il RPC cura la diffusione del Codice a tutti i nuovi assunti e collaboratori, acquisendone la sottoscrizione. Il Codice è aggiornato ogniqualvolta intervengano modifiche normative o organizzative rilevanti.

### **8.2 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (D.Lgs. 39/2013)**

La Clinica acquisisce, all'atto del conferimento di qualsiasi incarico (dirigenziale, sanitario, di consulenza), la dichiarazione di insussistenza di cause ostative ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013. Le dichiarazioni sono rinnovate annualmente e custodite dal RPC. In caso di sopravvenuta causa di inconferibilità o incompatibilità, il RPC ne dà comunicazione immediata al CdA per l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

### **8.3 Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi**

Tutto il personale operante nelle aree ad alto e medio rischio rende annualmente la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Il personale è tenuto a comunicare immediatamente al RPC l'insorgere di qualsiasi situazione di potenziale conflitto. Il RPC valuta le situazioni segnalate e, ove necessario, dispone l'astensione del soggetto dall'attività coinvolta.

### **8.4 Gestione degli omaggi e dei benefici (anti-regalo)**

È vietato accettare, per sé o per interposta persona, omaggi, regalie, compensi o altri benefici di valore superiore a euro 30,00 da parte di soggetti che abbiano o intendano avere rapporti con la Clinica. È in

particolare vietato accettare omaggi da informatori farmaceutici e rappresentanti di ditte fornitrici di dispositivi medici. Ogni omaggio ricevuto al di sopra della soglia deve essere segnalato al RPC entro 48 ore.

#### **8.5 Divieto di pantouflage (art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001)**

La Clinica si impegna a non conferire incarichi o stipulare contratti con soggetti che, nei tre anni precedenti, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni nei confronti della Clinica stessa. In caso di dubbio, il RPC acquisisce apposita dichiarazione e svolge le verifiche necessarie.

#### **8.6 Tutela del whistleblower (D.Lgs. 24/2023)**

La Clinica Candela garantisce la riservatezza e la protezione da ritorsioni al personale che segnala, in buona fede, condotte illecite o situazioni di rischio corruzione. Le segnalazioni sono ricevute dal RPC attraverso canale dedicato (fisico o informatico). Il RPC valuta ogni segnalazione entro 30 giorni dalla ricezione, mantenendo riservata l'identità del segnalante. È vietata qualsiasi forma di ritorsione nei confronti del segnalante; la violazione di tale divieto costituisce illecito disciplinare grave.

#### **8.7 Rotazione degli incarichi (misura adattata al contesto)**

La Struttura presenta un numero adeguato di personale riguardo al quale, tuttavia, non è sempre praticabile la rotazione degli incarichi come misura di prevenzione; per tale ragione, in conformità a quanto previsto nei precedenti piani, la Clinica adotta misure organizzative alternative quali, ad esempio, la segregazione delle funzioni e i controlli incrociati.

#### **8.8 Trasparenza (rinvio alla Sezione 10)**

Le misure di trasparenza sono descritte nella Sezione 10 del presente Piano.

#### **8.9 Formazione del personale (rinvio alla Sezione 11)**

Le misure di formazione sono descritte nella Sezione 11 del presente Piano.

### **9. MISURE SPECIFICHE PER LE AREE A RISCHIO**

#### **9.1 Rapporti con ASP e Regione Sicilia (rischio ALTO)**

Separazione delle funzioni tra chi elabora e chi trasmette i flussi SDO/DRG all'ASP;  
Verifica interna trimestrale della correttezza della codifica delle dimissioni (DRG) prima della trasmissione;  
Conservazione documentale per 10 anni di tutta la documentazione clinica e amministrativa relativa alle prestazioni rese in convenzione SSN;  
Segnalazione immediata al RPC di qualsiasi richiesta anomala proveniente da funzionari dell'ASP o della Regione.

#### **9.2 Selezione e assunzione del personale (rischio ALTO)**

Adozione di criteri oggettivi e predeterminati per ogni selezione del personale;  
Controllo a campione, con cadenza annuale, della veridicità dei titoli e delle abilitazioni dichiarate dal personale sanitario laureato, mediante contatto diretto con Università e Ordini Professionali;  
Invio all'ASP di Palermo dell'elenco del personale medico con le relative dichiarazioni di non incompatibilità (entro il 31 gennaio di ogni anno).

### **9.3 Gestione delle liste d'attesa (rischio ALTO)**

Adozione e pubblicazione di criteri trasparenti e oggettivi per la gestione delle liste d'attesa;  
Tenuta di un registro informatizzato delle prenotazioni con data e ora di inserimento, accessibile al RPC per verifiche;  
Divieto assoluto per il personale di gestire le prenotazioni di parenti o familiari fino al 4° grado senza dichiarazione esplicita al diretto superiore;  
Monitoraggio semestrale da parte del RPC del rispetto dell'ordine cronologico nelle liste d'attesa per le principali prestazioni SSN;  
Segnalazione immediata al RPC di qualsiasi pressione per l'anticipazione irregolare di una prenotazione.

### **9.4 Approvvigionamento di beni e servizi – Acquisti (rischio ALTO)**

Procedura formalizzata per la selezione e valutazione dei fornitori, con segregazione dei compiti tra chi propone, chi verifica e chi approva. Richiesta di almeno due preventivi per acquisti oltre soglia. Valutazione di affidamento diretto a fornitori con legami familiari o di affari con dipendenti della Clinica.

### **9.5 Gestione dei dati sensibili dei pazienti (rischio ALTO)**

Applicazione del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) mediante le misure di sicurezza adottate sotto la supervisione del DPO;  
Accesso ai dati dei pazienti limitato al personale strettamente necessario, con sistema di autenticazione individuale;  
Divieto assoluto di comunicare dati personali di pazienti a soggetti non autorizzati, ivi inclusi familiari non aventi titolo;  
Monitoraggio e audit annuale del sistema di gestione dei dati da parte del DPO in collaborazione con il RPC.

### **9.6 Rendicontazione al SSN e gestione dei rimborsi (rischio ALTO)**

Audit interno semestrale sui DRG trasmessi all'ASP, con verifica della corrispondenza tra la documentazione clinica e la codifica;  
Formazione specifica per il personale addetto alla codifica delle dimissioni;  
Segnalazione immediata al RPC e al CdA di qualsiasi discordanza rilevata tra prestazioni erogate e prestazioni fatturate al SSN.

### **9.7 Informatori farmaceutici e fornitori di dispositivi medici (rischio MEDIO)**

Gli incontri con gli informatori farmaceutici si svolgono esclusivamente negli spazi dedicati e durante gli orari consentiti dalla Direzione Sanitaria;  
È vietato ricevere omaggi, campioni gratuiti non dichiarati, inviti a convegni o eventi formativi non conformi alle linee guida AIFA;

## 10. TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

La Clinica Candela garantisce la trasparenza della propria attività mediante la pubblicazione e l'aggiornamento della sezione 'Società Trasparente' del sito istituzionale, in conformità agli artt. 22 e seguenti del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per i dati e le informazioni relativi all'attività di assistenza sanitaria svolta in convenzione con il SSN.

La Clinica Candela pubblica e aggiorna con la periodicità indicata i seguenti dati:

Contenuto da pubblicare	Riferimento normativo	Periodicità	Responsabile
Piano Triennale Prevenzione Corruzione (PTPCT)	Art. 10 D.Lgs. 33/2013	Entro 31 gennaio di ogni anno	RPC
Relazione annuale RPC	Art. 1, co. 14, L. 190/2012	Entro 31 dicembre (o 31 gennaio anno succ.)	RPC
Codice Etico / Codice di comportamento	Art. 54 D.Lgs. 165/2001 (applicazione analogica)	In caso di aggiornamento	RPC / CdA
Organizzazione (organigramma, uffici, funzioni)	Art. 13 D.Lgs. 33/2013	Annuale o in caso di modifica	Dir. Amm.va
Dati sui dirigenti e responsabili (compensi, incarichi)	Artt. 14-15 D.Lgs. 33/2013	Annuale	Dir. Amm.va / RPC
Canale e procedura whistleblowing	Art. 6 D.Lgs. 24/2023	Continua	RPC
Modulo accesso civico semplice e generalizzato	Art. 5 D.Lgs. 33/2013	Continua	RPC
Dati sulle prestazioni erogate (volumi, tempi attesa)	Art. 41 D.Lgs. 33/2013	Annuale	Dir. Sanitaria
Dichiarazioni inconferibilità / incompatibilità soggetti di vertice	Art. 20 D.Lgs. 39/2013	All'atto del conferimento + annuale	RPC

Il RPC verifica semestralmente lo stato di pubblicazione dei dati obbligatori e segnala tempestivamente al CdA le eventuali inadempienze.

## 11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione è uno strumento essenziale per la diffusione della cultura della legalità e per la prevenzione dei comportamenti a rischio. Il RPC programma annualmente le attività formative, con priorità per il personale operante nelle aree ad alto rischio.

## 12. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO

Il RPC svolge attività di monitoraggio continua sull'attuazione delle misure previste dal presente Piano. Il monitoraggio è articolato su tre livelli:

**Monitoraggio continuo:** Il RPC verifica, su base continuativa, l'attuazione delle misure urgenti e segnala tempestivamente al CdA qualsiasi criticità rilevante.

**Monitoraggio semestrale:** Entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno, il RPC effettua una verifica strutturata dell'attuazione di tutte le misure del Piano, con compilazione di apposita check-list. I risultati del monitoraggio semestrale sono comunicati al CdA e all'OdV.

**Monitoraggio annuale – Relazione RPC:** Entro il 31 dicembre di ogni anno (o entro il 31 gennaio dell'anno successivo, in conformità alla proroga ANAC), il RPC redige la Relazione annuale sull'attività svolta, che include: stato di attuazione delle misure; criticità riscontrate; azioni correttive adottate; proposte di aggiornamento del Piano per l'anno successivo.

### 12.1 Aggiornamento del Piano

Il presente Piano è aggiornato periodicamente. L'aggiornamento tiene conto: delle modifiche normative e dei nuovi indirizzi ANAC; delle criticità emerse nel monitoraggio dell'anno precedente; delle variazioni del contesto esterno e interno; delle segnalazioni pervenute attraverso il canale whistleblowing.

In caso di eventi straordinari (condanna penale di un dipendente per reati contro la PA, ispezioni dell'ASP con rilievi rilevanti, modifiche significative dell'assetto organizzativo), il RPC può proporre un aggiornamento straordinario del Piano in qualsiasi momento dell'anno.

## 13. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

La violazione delle misure di prevenzione previste dal presente Piano e delle disposizioni del Codice Etico aziendale costituisce:

- Illecito disciplinare, quando commessa da dipendenti della Clinica, con applicazione delle sanzioni previste dal CCNL di categoria e dal Regolamento disciplinare aziendale, proporzionate alla gravità dell'infrazione
- Grave inadempimento contrattuale, quando commessa da componenti del Consiglio di Amministrazione, da collaboratori, consulenti e fornitori, con facoltà di risoluzione del contratto e richiesta di risarcimento danni

Il sistema sanzionatorio è portato a conoscenza di tutto il personale all'atto dell'assunzione e mediante affissione nella bacheca aziendale. Il RPC segnala agli uffici competenti per il procedimento disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione, conservando idonea documentazione a supporto.

#### **14. COORDINAMENTO CON IL MODELLO ORGANIZZATIVO EX D.LGS. 231/2001**

Il presente PTPCT si inserisce nel sistema integrato di compliance della Clinica Candela, in coordinamento con il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo (MOG) adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001 con delibera del 22 dicembre 2020. I due sistemi sono complementari e non alternativi:

Il MOG 231 previene i reati commessi nell'interesse o a vantaggio della Clinica da soggetti apicali e subordinati;  
il PTPCT previene i comportamenti corruttivi in senso ampio, incluse le condotte non penalmente rilevanti che compromettano l'imparzialità dell'attività sanitaria;

L'Organismo di Vigilanza (OdV) e il RPC si raccordano periodicamente (almeno due volte l'anno) per condividere le informazioni rilevanti, evitare duplicazioni e garantire la coerenza dei due sistemi;

Le misure specifiche previste dalle Parti Speciali del MOG 231 (in particolare, la Parte Speciale A sui reati contro la PA, la Parte Speciale B sui reati societari e la Parte Speciale sui reati tributari) sono richiamate e integrate nel presente Piano;

Il canale di segnalazione (whistleblowing) è unico ed è gestito dal RPC, che informa l'OdV delle segnalazioni pertinenti alle fattispecie di reato di cui al D.Lgs. 231/2001;

In caso di modifica del MOG 231, il RPC valuta la necessità di aggiornare contestualmente il presente Piano.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione



Avv. Domenico Pitruzzella

Palermo, 31 gennaio 2023