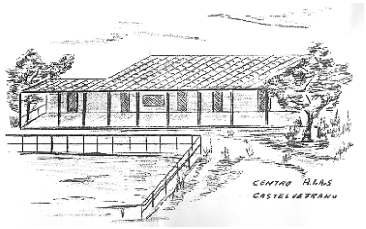

A.I.A. S. – ETS **Sez. di Castelvetrano**

Ente Terzo Settore iscritto Sezione G del RUNTS g/sto D.D.G. R. Sicilia n. 19 del 13/02/2025
s.s. 115, km 74 - c.da Strasatto-Cicirello- tel :0924 /907478 – cell. : 379 2222631 C.A.P.91022
C.F.90002070812- P.IVA01997430812 – E-mail aiascastelvetrano@libero.it - www.aiascastelvetrano.it

MOGC

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO DELLA CORRUZIONE E DELLA TASPARENZA

Redatto ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 231/2001 integrato da quanto previsto dalla L. 190/2012

DATA	INDICE REVISIONE	NATURA DELLA MODIFICA
20.04.2022	0	
01.03.2023	1	Aggiornamento par. 3.2 "Organigramma"
15.01.2025	2	Aggiornamento parr: 3.1 "Dati aziendali" e 3.2 "Organigramma" - ISCRIZIONE al RUNTS
27.03.2026	3	Aggiornamento parr: 3.1 "Dati aziendali" e 3.2 "Organigramma" -

Documento approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 20.04.2022, g/sto verbale n. 290/2022

INDICE

01	**QUADRO NORMATIVO GENERALE**	
1	**IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2021, N.231**	6
1.1	Caratteristiche e natura delle responsabilità degli enti	6
1.2	Fattispecie di reati individuati dal decreto e dalle successive modificazioni	6
1.3	Criteri di imputazione della responsabilità dell'ente	7
1.4	Indicazioni del decreto in ordine alle caratteristiche del modello di organizzazione	8
1.5	**LE SANZIONI**	9
1.6	Le Vicende modificative dell'ente	10
2	**LINEE GUIDA**	
2.1	Linee guida "ISO 9001 – Manuale della qualità" – adottato dall'AIAS	11
3	**PRESENTAZIONE AZIENDALE**	
3.1	Dati Aziendali	15
3.2	Organigramma	15
3.2.1	Organi Sociali	15
3.2.2	Staff Tecnico	15
3.2.3	L'organigramma distinto per qualifica e tipologia	16
3.3	Dichiarazione Programmatica	17
3.4	Modalità di modifica e integrazione del Modello	18
3.5	Funzione del Modello	18
3.6	Modello E Codice Etico	18
4	**MODELLO DI ORGANIZZAZNE, GESTIONE E CONTROLLLO**	
4.1	Adozione del modello organizzativo	19
4.2	Informazione e formazione	19
4.3	Informazione ai fornitori, collaboratori, consulenti e partner	19
4.4	Aggiornamento al Modello	19
5	**ANALISI DEI RISCHI DI REATI EX D.LGS. 231/2001**	
5.1	Responsabilità della struttura	20
5.2	Adozione da parte dell'AIAS della Carta dei Servizi	20
5.3	Il meccanismo di esonero della struttura dalle responsabilità	20
5.4	Il sistema sanzionatorio	21
6	**ANALISI DEI RISCHI NEL SETTORE IN CUI OPERA L'AIAS DI CASTELVETRANO**	
6.1	Individuazione delle aree maggiormente esposte al rischio di reato	21

6.2	I Reati Analizzati	23
6.3	Le aree sensibili nel cui ambito possono essere commessi reati	23
6.4	Analisi delle aree sensibili individuate nel precedente paragrafo	23
6.5	Elencazione dei provvedimenti adottati dall'ente nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs.231/2001	24
6.6	Il livello dei rischi rilevati nel corso dell'analisi suddiviso per attività e funzioni responsabili	24
7	**ORGANISMO DI VIGILANZA**	
7.1	Nomina dell'Organismo di Vigilanza	25
7.2	Requisiti dell'Organismo di Vigilanza	25
7.3	Obblighi del rappresentante Legale dell'ente nei confronti dell'Organismo di Vigilanza	26
7.4	Riunioni e deliberazioni dell'Organismo di Vigilanza	26
7.5	Compiti dell'Organismo di Vigilanza	26
7.6	Flussi informati "da" e "verso" l'Organismo di Vigilanza	27
7.7	Tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità (c.dwistleblowing)	28
8	**SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO**	
8.1	Principi generali	28
8.2	Criteri generali di irrogazione delle sanzioni	28
8.3	Sanzioni per i soggetti di cui all'art. 5 lett. B) del decreto 231/2001	29
8.4	Sanzioni nei confronti del personale con rapporto libero professionale e dei fornitori	30
8.5	Sanzioni nei confronti dei componenti del Consiglio di Amministrazione	30
8.6	Sanzioni nei confronti dei membri dell'organo di controllo	30
9	**LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA – PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE**	
9.1	Introduzione	30
9.2	La Legge N. 190/2012	31
9.3	Il Rischio di Corruzione nello spirito della legge	31
10	**LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELL'AIAS DI CASTELVETRANO**	
10.1	Struttura organizzativa	31
10.2	Rapporti con il D.Lgs 231/2001	32
11	**ELEBORAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO**	
11.1	Nomina del Rappresentante per la prevenzione della Corruzione (RPC)	33
11.2	Termini e modalità di adozione del Piano di Prevenzione della Corruzione	33
11.3	Aggiornamento del Piano	34
11.4	Soggetti che concorrono alla Prevenzione della Corruzione	34
11.6	Tutela del dipendente che segnala gli illeciti	35
11.6	Aree maggiormente esposte a rischio di corruzione	35

12	**STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**	
12.1	Principi generali	36
12.2	Procedure specifiche di prevenzione della corruzione	36
12.3	Formazione del Personale	37
13	**LA TRASPARENZA**	
13.1	Gli adempimenti in materia di trasparenza	37
13.2	Sito Web	38
13.3	Trasparenza e disciplina della tutela dei dati personali (reg.ue 2016/679)	38
13.4	Trasparenza e accesso civico	39
13.5	Ruoli e responsabilità del responsabile della trasparenza	39
13.6	Rotazione degli incarichi	39
13.7	Strumenti DI Controllo Delle Misure Di Prevenzione	40
14	**ALLEGATI**	40

01. QUADRO NORMATIVO GENERALE

Il Modello di organizzazione e gestione (o Modello ex D. Lgs 231/2001) ai sensi della legge italiana, è un atto privato adottato da una persona giuridica, o associazione con o senza personalità giuridica, volto a prevenire la responsabilità penale derivante da D.Lgs. 8 giugno 2001, nr.231.

Nel 2012, il sistema normativo italiano si è dotato un ulteriore strumento, la c.d. "Normativa anticorruzione", volto a contrastare i fenomeni corruttivi nella sfera pubblica, ovvero nella controparte pubblica della "dialettica" corruttiva. La "normativa anticorruzione", oltre ad aver modificato e introdotto alcuni reati penali, ha disposto la necessità per le pubbliche amministrazioni di dotarsi di un sistema anticorruzione, che presenta logiche e strumenti simili a quelli previsti per le Società private dal d.lgs. n. 231/2001 ma con una sostanziale differenza: gli obblighi di trasparenza.

Inoltre, mentre la normativa anticorruzione ha un'impostazione sostanzialmente "verticale", ovvero si concentra esclusivamente sui reati commessi nei confronti della pubblica amministrazione (corruzione su tutti) ed anche sulle condotte che non costituiscono necessariamente un illecito, il d.lgs. n. 231/2001 ha un'estensione "orizzontale" più ampia e riguarda molte tipologie di reato (societari, ambientali, salute e sicurezza sul lavoro, ecc.).

Ai fini di quanto sopra asserito, valga osservare come già il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) prevedesse che "per evitare inutili ridondanze, qualora questi enti adottino modello di organizzazione e gestione del rischio sulla base del d.lgs. n. 231 del 2001 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono far perno su di essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsto dalla l. n. 231 del 2001 ma anche a tutti quelli considerati nella l. n. 190 del 2012".

Sulla scorta di tali premesse, ulteriormente recepite dagli aggiornamenti al PNA redatti dall'ANAC, questa Associazione ha deciso di adottare un modello integrato recante sia le misure ex D.Lgs. n. 231/01, sia quelle ex L. 190/12, mediante redazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), con ciò pienamente condividendo l'indirizzo espresso dall'ANAC con delibera n. 1134/2017.

Il documento unico adottato, in sintesi, rappresenta un insieme coerente di principi, regole e disposizioni che:

- incidono sul funzionamento interno dell'Ente e sulle modalità con le quali lo stesso si rapporta con l'esterno;
- regolano la diligente gestione di un sistema di prevenzione della corruzione;
- integrano il controllo delle attività sensibili, finalizzato a prevenire la commissione, o la tentata commissione, dei reati corruttivi e di condotte che possono favorire episodi di corruzione, intesa nel senso ampio dato dalla norma in parola;
- assicurano condizioni di trasparenza e correttezza nella conduzione dell'attività dell'Associazione a tutela della reputazione e dell'immagine, propria e del lavoro dei propri dipendenti;
- mirano a prevenire episodi di corruzione, in tutti gli ambiti lavorativi. Al Mod.231/2001, integrato dal PTPCT, si aggiunge l'adozione da parte dell'Ente del Codice Etico.

1. IL DECRETO LEGISLATIVO 8 GIUGNO 2001, N.231

1.1 CARATTERISTICHE E NATURA DELLA RESPONSABILITÀ DEGLI ENTI.

- ✓ Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, nel recepire la normativa internazionale in merito alla lotta alla corruzione, introduce e disciplina la responsabilità amministrativa derivante da reato degli enti collettivi, che fino al 2001 potevano unicamente essere chiamati a corri spondere, in via solidale, multe, ammende e sanzioni amministrative inflitte ai propri rappresentanti legali, amministratori o dipendenti. La natura di questa nuova forma di responsabilità degli enti è di genere "misto" e la sua peculiarità risiede nel fatto chela stessa coniuga aspetti del sistema sanzionatorio penale e di quello amministrativo. In base al Decreto, infatti l'ente è punito con una sanzione di natura amministrativa, in quanto risponde di un illecito amministrativo, ma il sistema sanzionatorio è fondato sul processo penale: l'Autorità Il competente a contestare l'illecito è il Pubblico Ministero, ed è il giudice penale che irroga la sanzione.
- ✓ La responsabilità amministrativa dell'ente è distinta ed autonoma rispetto a quella della persona fisica che commette il reato e sussiste anche qualora non sia stato identificato l'autore del reato, o quando il reato si sia estinto per una causa diversa dall'amnistia. In ogni caso, la responsabilità dell'ente va sempre ad aggiungersi, e mai a sostituirsi, a quella della persona fisica autrice del reato.
- ✓ Il campo di applicazione del Decreto è molto ampio e riguarda tutti gli enti forniti di personalità giuridica, le società, le associazioni anche prive di personalità giuridica, gli enti pubblici economici, gli enti privati concessionari di un pubblico servizio. La normativa non è invece applicabile allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli enti pubblici non economici,e agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale (quali, ad es., i partiti politici e i sindacati).
- ✓ La norma non fa riferimento agli enti non aventi sede in Italia.

1.2 FATTISPECIE DI REATI INDIVIDUATI DAL DECRETO E DALLE SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

- ✓ L'Ente può essere chiamato a rispondere soltanto per i reati - *c.d. reati presupposto* - indicati dal Decreto o comunqueda una legge entrata in vigore prima della commissione del fatto costituente reato.Alla data di approvazione del presente documento, i reati presupposto appartengono alle categorie indicate di seguito. In rilievo vengono evidenziati i reati che l'Ente ha ritenuto di analizzarne il rischio potenziale di accadimento nell'ambito del settore specifico dell'attività svolta:
  - ✓*reati commessi nei rapporti con la Pubblica Amministrazione (artt. 24 e 25);*
  - ✓delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis);
  - ✓*delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter);*
  - ✓falsità in monete, in carte riconoscimento (art. 25-bis);
  - ✓delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis.1);
  - ✓reati societari (art. 25-ter);
  - ✓delitti con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico (art. 25-quater);
  - ✓pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art.25-quater.1);
  - ✓delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinquies);
  - ✓abusi di mercato (art. 25-sexies);
  - ✓omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies);
  - ✓ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25-octies);

✓delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies);
✓induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies);
✓reati ambientali (art. 25-undecies);
✓impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies);
✓reati transnazionali (art. 10, Legge 16 Marzo 2006, n.146).

L'applicabilità e la rilevanza dei reati per l'Ente sono oggetto di approfondimento nella Parte del Modello riguardante **"LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**".

1.3 CRITERI DI IMPUTAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DELL'ENTE

Oltre alla commissione di uno dei reati presupposto, affinché l'Ente sia sanzionabile ai sensi del D.Lgs. 231/2001 devono essere integrati altri requisiti normativi. Tali ulteriori criteri della responsabilità degli enti possono essere distinti in"**oggettivi" e "soggettivi**".

- ✓ Il primo **criterio oggettivo** è integrato dal fatto che il reato sia stato commesso da parte di un soggetto legato all'Ente da un rapporto qualificato. In proposito si distingue tra:
  - soggetti in "*posizione amministrazione o apicale*", direzione cioè dell'Ente, gli amministratori, il rappresentante legale, nonché le persone che gestiscono, anche soltanto di fatto, l'Ente stesso. Si tratta delle persone che effettivamente hanno un potere autonomo di prendere decisioni in nome e per conto dell'ente. Sono inoltre assimilabili a questa categoria tutti i soggetti delegati dagli amministratori a esercitare attività di gestione o direzione dell'Ente o di sue sedi distaccate;
  - soggetti "*subordinati*", ovvero tutti coloro che sono sottoposti alla direzione ed alla vigilanza dei soggetti apicali. Appartengono a questa categoria i Dipendenti e i Collaboratori e quei soggetti che, pur non facendo parte del personale, hanno una mansione da compiere sotto la direzione ed il controllo di soggetti apicali. Tra i soggetti esterni interessati, oltre ai Collaboratori, vi sono anche i promotori e i Consulenti, che su mandato dell'Ente compiono attività in suo nome. Rilevanti sono, infine, anche i mandati o i rapporti contrattuali con soggetti non appartenenti al personale dell'Ente, sempre nel caso in cui questi soggetti agiscano in nome, per conto o nell'interesse dell'Ente stesso.
  - Ulteriore criterio oggettivo è rappresentato dal fatto che il reato deve essere commesso nell'interesse o a vantaggio dell'Ente; è sufficiente la sussistenza di almeno una delle due condizioni, alternative tra loro:
    - ✓ **"l'interesse"** sussiste quando l'autore del reato ha agito con l'intento di favorire l'Ente, indipendentemente dalla circostanza che poi tale obiettivo sia stato realmente conseguito;
    - ✓ **"il vantaggio"** sussiste quando l'Ente ha tratto – o avrebbe potuto trarre – dal reato un risultato positivo, economico o di altra natura.
- ✓ La responsabilità dell'Ente sussiste non soltanto quando esso ha tratto un vantaggio patrimoniale immediato dalla commissione del reato, ma anche nell'ipotesi in cui, pur nell'assenza di tale risultato, il fatto trovi motivazione nell'interesse dell'Ente. Il miglioramento della propria posizione sul mercato o l'occultamento di una situazione di crisi finanziaria, ad es., sono casi che coinvolgono gli interessi dell'ente senza apportargli però un immediato vantaggio economico. È importante inoltre evidenziare che, qualora il reato venga commesso da soggetti qualificati di un ente appartenente ad un gruppo, il concetto di interesse può essere esteso in senso sfavorevole alla società capogruppo. Il Tribunale di Milano (ord. 20 dicembre 2004) ha sancito che l'elemento caratterizzante l'interesse di gruppo sta nel fatto che questo non si configura come proprio ed esclusivo di uno dei membri del gruppo, ma come comune a

tutti i soggetti che ne fanno parte. Per questo motivo si afferma che l'illecito commesso dalla controllata possa essere addebitato anche alla controllante, purché la persona fisica che ha commesso il reato – anche a titolo di concorso – appartenga anche funzionalmente alla stessa.

- ✓ Quanto ai **criteri soggettivi** di imputazione del reato all'Ente, questi attengono agli strumenti preventivi di cui lo stesso si è dotato al fine di prevenire la commissione di uno dei reati previsti dal Decreto nell'esercizio dell'attività di impresa. Il Decreto, infatti, prevede l'esclusione dell'Ente dalla responsabilità solo se lo stesso dimostra:
  - ➢ ***che l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi;***
  - ➢ ***che il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento è stato affidato ad un organismo dell'Ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo;***
  - ➢ ***che non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte del predetto organismo.***

Le condizioni appena elencate devono concorrere congiuntamente affinché la responsabilità dell'ente possa essere esclusa.

- ✓ Nonostante il modello funga da causa di non punibilità sia che il reato presupposto sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale, sia che sia stato commesso da un soggetto in posizione subordinata, il meccanismo previsto dal Decreto in tema di onere della prova èmolto più severo per l'Ente nel caso in cui il reato sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale. In quest'ultimo caso, infatti, l'Ente deve dimostrare che le persone hanno commesso ilreato eludendo fraudolentemente il modello; il Decreto richiede quindi una prova di estraneità più forte, in quanto l'Ente deve anche provare una condotta fraudolenta da parte di soggetti apicali.
- ✓ Nell'ipotesi di reati commessi da soggetti in posizione subordinata, l'Ente può invece essere chiamato a rispondere solo qualora si accerti che la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza, comunque esclusa se, prima della commissione del reato, l'Ente si è dotato di un modello di organizzazione,gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello commesso. Si tratta, in questo caso, di una vera e propria colpa in organizzazione: l'Ente ha acconsentito indirettamente alla commissione del reato, non presidiando le attività né i comportamenti dei soggetti a rischio di commissione di un reato presupposto

1.4 INDICAZIONI DEL DECRETO IN ORDINE ALLE CARATTERISTICHE DEL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

Il Decreto si limita a disciplinare alcuni principi generali in merito al modello di organizzazione, gestione e controllo,senza fornirne però caratteristiche specifiche.

Il Modello opera quale causa di non punibilità solo se:

✓efficace, ovvero se ragionevolmente idoneo a prevenire il reato o i reati commessi;

✓effettivamente attuato, ovvero se il suo contenuto trova applicazione nelle procedure aziendali e nel sistema di controllo interno.

Quanto all'efficacia del Modello, il Decreto prevede che esso abbia il seguente contenuto minimo:

✓siano individuate le attività dell'ente nel cui ambito possono essere commessi reati;

✓siano previsti specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'Ente, in relazione ai reati da prevenire;

✓siano individuate le modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione di reati;

✓sia introdotto un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure

Indicate nel Modello;

✓siano previsti obblighi di informazione nei confronti dell'Organismo di Vigilanza;

✓in relazione alla natura e alla dimensione dell'organizzazione, nonché al tipo di attività svolta, siano previste misure idonee a garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto della legge e a scoprire ed eliminare tempestivamente situazioni di rischio.

Il Decreto stabilisce che il Modello sia sottoposto a verifica periodica ed aggiornamento, sia nel caso in cui emergano significative violazioni delle prescrizioni, sia qualora avvengano significativi cambiamenti nell'organizzazione onell'attività dell'Ente o muti la normativa di riferimento, in particolare quando siano introdotti nuovi reati presupposti.

1.5 LE SANZIONI

Il sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs. n. 231/2001 è articolato in quattro tipi di sanzione, cui può essere sottoposto l'Ente in caso di condanna ai sensi del Decreto:

- ✓ **Sanzione pecuniaria**: è sempre applicata qualora il giudice ritenga l'Ente responsabile. Essa viene calcolata tramite un sistema basato su quote, che vengono determinate dal giudice nel numero e nell'ammontare: il numero delle quote, da applicare tra un minimo e un massimo che variano a seconda della fattispecie, dalla gravità del reato, dal grado di responsabilità dell'Ente; l'ammontare della singola quota va invece stabilito, tra un minimo di € 258,00 e un massimo di€ 1.549,00, a seconda delle condizioni economiche e patrimoniali dell'ente.
- ✓ **Sanzioni interdittive**: le sanzioni interdittive si applicano, in aggiunta alle sanzioni pecuniarie, soltanto se espressamente previste per il reato per cui l'Ente viene condannato e solo nel caso in cui ricorra almeno una delle seguenti condizioni:
  - l'Ente ha tratto dal reato un profitto rilevante e il reato è stato commesso da un soggetto apicale, o da un soggetto subordinato qualora la commissione del reato sia stata resa possibile da gravi carenze organizzative;
  - in caso di reiterazione degli illeciti.

Le sanzioni interdittive previste dal Decreto sono:

- ➢ l'interdizione dall'esercizio dell'attività;
- ➢ la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito;
- ➢ il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;
- ➢ l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi;
- ➢ il divieto di pubblicizzare beni o servizi.

Eccezionalmente applicabili con effetti definitivi, le sanzioni interdittive sono temporanee, con una durata che varia da tre mesi a due anni, ed hanno ad oggetto la specifica attività dell'Ente cui si riferisce l'illecito. Esse possono essere applicate anche in via cautelare, prima della sentenza di condanna, su richiesta del Pubblico Ministero, qualora sussistano gravi indizi della responsabilità dell'Ente e fondati e specifici elementi che facciano ritenere concreto il pericolo di ulteriore commissione di illeciti dalla stessa indole di quello per cui si procede.

- ➢ ***Confisca***: con la sentenza di condanna è sempre disposta la confisca del prezzo o del profitto del reato o di beni o altre utilità di valore equivalente.
- ➢ ***Pubblicazione della sentenza di condanna***: può essere disposta quando l'Ente è condannato ad una sanzione interdittiva; consiste nella pubblicazione della sentenza una sola volta, per estratto o per intero, in uno o più giornali indicati dal giudice nella sentenza nonché mediante affissione nel Comune ove l'Ente ha la sede principale, ed è eseguita a

spese dell'Ente.

Le sanzioni amministrative a carico dell'Ente si prescrivono al decorrere del quinto anno dalla data di commissione del reato. La condanna definitiva dell'Ente è iscritta nell'anagrafe nazionale delle sanzioni amministrative da reato.

1.6 LE VICENDE MODIFICATIVE DELL'ENTE

Il Decreto disciplina il regime della responsabilità dell'Ente in caso di trasformazione, fusione, scissione e cessione di azienda.

In caso di trasformazione dell'Ente resta ferma la responsabilità per i reati commessi anteriormente alla data in cui la trasformazione ha avuto effetto. Il nuovo ente sarà quindi destinatario delle sanzioni applicabili all'ente originario, per fatti commessi anteriormente alla trasformazione.

In caso di fusione, l'Ente risultante dalla fusione stessa, anche per incorporazione, risponde dei reati dei quali erano responsabili gli enti che hanno partecipato alla fusione. Se essa è avvenuta prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il giudice dovrà tenere conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dalla fusione.

Nel caso di scissione, resta ferma la responsabilità dell'ente scisso per i reati commessi anteriormente alla data in cui la scissione ha avuto effetto e gli enti beneficiari della scissione sono solidalmente obbligati al pagamento delle sanzioni pecuniarie inflitte all'ente scisso nei limiti del valore del patrimonio netto trasferito ad ogni singolo ente, salvo che si tratti di ente al quale è stato trasferito anche in parte il ramo di attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato;

le sanzioni interdittive si applicano all'ente (o agli enti) in cui sia rimasto o confluito il ramo d'attività nell'ambito del quale è stato commesso il reato. Se la scissione è avvenuta prima della conclusione del giudizio di accertamento della responsabilità dell'ente, il giudice dovrà tenere conto delle condizioni economiche dell'ente originario e non di quelle dell'ente risultante dalla fusione.

In caso di cessione o di conferimento dell'azienda nell'ambito della quale è stato commesso il reato, salvo il beneficio della preventiva escussione dell'ente cedente, il cessionario è solidalmente obbligato con l'ente cedente al pagamento della sanzione pecuniaria, nei limiti del valore dell'azienda ceduta e nei limiti delle sanzioni pecuniarie che risultano dai libri contabili obbligatori o dovute per illeciti di cui il cessionario era comunque a conoscenza.

2. LINEE GUIDA

Nella redazione del presente Modello sono state tenute in considerazione anche le linee guida approvate da Confindustria in data 7 marzo 2002, poi aggiornate al marzo 2014, nonché le determinazioni dell'ANAC che consigliano i seguenti passi:

Individuazione delle aree di rischio, volta a verificare in quale area/settore aziendale sia possibile la realizzazione degli eventi pregiudizievoli previsti dal D. Lgs. 231/2001; Predisposizione di un sistema di controllo in grado di prevenire i rischi attraverso l'adozione di appositi protocolli.

Le componenti più rilevanti del sistema di controllo ideato da Confindustria sono:

✓codice etico;

✓sistema organizzativo;

✓procedure manuali ed informatiche;

✓poteri autorizzativi e di firma;

✓sistemi di controllo e gestione;

✓comunicazione al personale e sua formazione.

Le componenti del sistema di controllo devono essere informate ai seguenti principi:

- verificabilità, documentazione, coerenza e congruenza di ogni operazione;

- applicazione del principio di separazione delle funzioni (nessuno può gestire in autonomia un intero processo);
- documentazione dei controlli;
- previsione di un adeguato sistema sanzionatorio per la violazione delle norme del codice etico e delle procedure previste dal modello;
- individuazione dei requisiti dell'Organismo di Vigilanza, riassumibili come segue:
  - autonomia e indipendenza;
  - professionalità;
  - continuità di azione.

Il Modello è stato redatto con riferimento alla realtà concreta dell'Ente, perciò può non rispecchiare esattamente le linee guida, pur mantenendo una visione generale coerente.

2.1 LINEE GUIDA " ISO 9001- MANUALE DELLA QUALITÀ"- ADOTTATO DALL'AIAS

Si allegano al presente documento le seguenti sezioni delle "Linee Guida ISO 2004" Manuale della Qualità nelle quali vengono analizzati i più importanti processi gestionali dell'AIAS di Castelvetrano.

1) Sezione N.2 - Aggiornamento 28/07/21- Responsabilità della Direzione (Cfr. All. N.1)

In questa sezione viene analizzato:

a) l'attenzione della Direzione verso il Cliente rappresentato, principalmente, nel rapporto contrattuale con l'ASP di Trapani;
b) la Politica della qualità riguardante lo svolgimento dell'attività in favore degli utenti "…ed avente come punto di partenza il rispetto di tutti i requisiti previsti, compresi quelli richiesti dal Cliente (NdR: ASP di Tp) ed un costante miglioramento nell'arco del tempo…";
c) la pianificazione per la qualità nel rispetto della missione aziendale, ampiamente descritta nella **Carta dei Servizi dell'Associazione** pubblicata sul sito aziendale;
d) l'Organizzazione dell'Ente individuando le funzioni che sono preposte all'attenzione dei principi del Sistema di Gestione della Qualità **(SGQ**).

A pagina 7 della Sezione è sintetizzato l'organigramma dell'Associazione.

Alla pagina da 7 a 11 sono analizzate le seguenti funzioni previste dal **SGQ** per le principali attività svolte dall'Ente;

- Responsabile legale (vedi pagina 7);
- Auditor interno (vedi pagina 8);
- Referente delle funzioni (vedi pagina 8);
- Direttore Sanitario (vedi pagina 8);
- Medico collaboratore (vedi pagina 9);
- Psicologo (vedi pagina 9);
- Assistente Sociale (vedi pagina 9);
- Amministrativo (vedi pagina 10);
- Terapista (vedi pagina 10);
- Direttore tecnico Organizzatore (vedi pagina 10);
- Ausiliari (vedi pagina 11);
- Artiere (vedi pagina 11;
- Operaio Specializzato (vedi pagina 11);

2) Sezione N.4- Processi per la realizzazione del prodotto (Cfr. All. N.2).

In questa sezione vengono descritti "i processi primari, di supporto e di accompagnamento per l'implementazione del servizio di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare".
A pagina 4 della Sezione viene chiarito che:

- I **"PROCESSI PRIMARI"** riguardano " tutte le azioni dirette all'utente";
- I **"PROCESSI DI SUPPORTO"**sono "tutte le azioni per il mantenimento della qualità della struttura";
- I **"PROCESSI DI ACCOMPAGNAMENTO" s**ono "tutte le azioni di qualità delle erogazioni di servizi".

Nel paragrafo 4.2, ai punti 1, 2 e 3, viene precisato che il Processo di Gestione del Sistema "è di pertinenza dell'**Alta Direzione** coadiuvata dai Responsabili di qualità e degli Auditor interni (vedi pagg.5-6);

Nel paragrafo 4.3, ai punti 1, 2 e 3, viene ampiamente illustrato il processo di gestione messo in atto dalla Struttura Amministrativa e dalla Struttura Sanitaria-Riabilitativa dell'AIAS per l'erogazione del servizio agli utenti in base ad una specifica convenzione, di durata mediamente triennale, stipulata con l'ASP di Trapani (vedi pagg.6 e7);

Il paragrafo 4.4 illustra il processo di gestione relativo all'utente-destinatario dell'erogazione del servizio.

Viene precisato che tale gestione "è di pertinenza della Direzione Sanitaria, coadiuvata dallo staff psico-sociale e dai terapisti della riabilitazione".

A pag. 10 della Sezione 4, viene riportato un diagramma nel quale vengono indicate tutte le fasi riguardante il rapporto della struttura con l'UTENTE, dalla PRESA IN CARICO alla DIMISSIONE.

Il paragrafo 4.5 riguarda i "PROCESSI DI GESTIONE AL PERSONALE". Viene chiarito che la relativa gestione è di pertinenza del Coordinatore del Centro. A pagina 12 della sezione è riportato un diagramma che indica le fasi di svolgimento del processo.

Il paragrafo 4.6, ha per oggetto **"**STRUMENTI-MATERIALI-DOCUMENTAZIONE" (vedi pag. da 12 a 19).
Nel paragrafo 4.6.1 viene chiarito che" gli strumenti sono tutto ciò che consente l'implementazione dell'erogazione di servizio primario e di supporto.....La gestione è demandata ai singoli operatori e monitorata dai referenti di area".

"La documentazione è costituita da tutte le evidenze procedurali e dalla modulistica che descrive le azioni d'implementazione dall'Ente".

Al paragrafo 4.6.1.1.è riportato un diagramma che sintetizza le "fasi della gestione documentale".

Nel paragrafo 4.6.1.3. *viene esplicitato che la****"Movimentazione interessa gli strumenti, i materiali, i documenti e gli utenti".***

Nel Manuale **SGQ** viene illustrato la modalità di movimentazione dei DOCUMENTI INTERNI e dei DOCUMENTI ESTERNI (vedi paragrafo 4.6.2.2).

Il paragrafo 4.6.1.4, illustra il processo di gestione relativo alla conservazione ed alla archiviazione dei documenti interni (vedi pag.14)

Per quanto concerne la responsabilità della conservazione, archiviazione e movimentazione della documentazione nel paragrafo 4.6.3.1 (vedi pag.17) il processo gestionale, SGQ, prevede:

- **La Direzione Sanitaria** è considerata responsabile"per la parte prettamente amministrativo-sanitaria (Proc. funzione sanitaria - Prot. 4-003);
- **Il Responsabile Amministrativo** "per la parte della ricezione, controllo e trasmissione documentale al cliente" (ASP di Trapani).

Il paragrafo 4.6.6 (vedi pagg.19-20) illustra i processi di comunicazione previsti dal **Manuale SGQ**-adottato dall'AIAS di Castelvetrano, come segue:

- Il paragrafo 4.6.6.1 riguarda la comunicazione con il **Cliente** (ASP di Trapani);
- Il paragrafo 4.6.6.2 riguarda la comunicazione con l'**Utente**;
- Il paragrafo 4.6.6.3 riguarda la comunicazione con il **Personale**;
- Il paragrafo 4.6.6.4 riguarda la comunicazione con gli **Enti Esterni**.

Per opportuna conoscenza si informa che le altre sezioni che compongono il Manuale della Qualità sono:

SEZIONE N.1- che ha per oggetto – Sistema di Gestione per la Qualità. Nella sezione vengono precisate le finalità che si prefigge di raggiungere l'Organo Amministrativo dell'AIAS con l'approvazione del Manuale.

SEZIONE N.3 che ha per oggetto: GESTIONE DELLE RISORSE. **Finalità del Manuale**: consente alla Direzione dell'Ente "di verificare l'adeguatezza del personale preposto alle attività di gestione e dei mezzi, sia di esecuzione, sia di monitoraggio, dei processi del sistema di gestione per la qualità".

SEZIONE N.5 che ha per oggetto: MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO. **Finalità del Manuale**: Necessità dell'Ente di monitorare costantemente l'efficienza e l'efficacia dei processi e dei prodotti aziendali al fine di assicurare il miglioramento continuo del **sistema di gestione per la qualità -SGQ.**

3. PRESENTAZIONE AZIENDALE

La Sezione **A.I.A.S. di Castelvetrano** è costituita nel 1983, mentre il **C.R.E.** (*Centro di Riabilitazione Equestre*) "Selinon" nasce nel maggio 1987 con l'acquisto di due cavalle e del terreno per la realizzazione dell'indispensabile: tre box per cavalli, una stanzetta-ufficio, un servizio, oltre il campo di lavoro in sabbia e recintato.
L'apporto di 15 volontari consente di potere avviare i lavori coni primi utenti.
Facilmente raggiungibile, dalla S.S. 115 per Selinunte, al Km 74, alla fine della strada che inizia davanti alla grande tabella AIAS e che va verso la soppressa ferrovia, in una zona assolutamente tranquilla, lontana dal traffico e dai rumori e scevra da ogni pericolo.
La sua ragion d'essere è stata determinata da un ristretto gruppo di persone che l'hanno ideato e, alcuni di loro, in gran parte anche sovvenzionato.
Dopo alterne vicende e la pausa di qualche anno, **il Centro**, ingrandito, riapre con tutti i crismi della legalità e con il convenzionamento delle terapie con l'**Azienda Sanitaria n. 9 di Trapani**.
Siamo nel 1° dicembre 1997.
Ulteriormente ingrandito nel 1999 - su ormai 5.000 mq - oggi assicura non soltanto le terapie giornaliere autorizzate, 57 ambulatoriali e 19 domiciliari, ma va ben oltre, garantendo a chiunque lo richieda il servizio più idoneo.
Nel 2008, dopo 5 anni di attesa e di espletamento delle necessarie interminabili pratiche, vengono completati i lavori di costruzione del **Centro Diurno**, e servizio di accoglienza per brevi periodi o in

casi di emergenza (*giusta DIRETTIVA 23 settembre 2003 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali*).

ISCRIZIONI E ACCREDITAMENTI

La Sezione A.I.A.S di Castelvetrano è un Ente privato convenzionato con la ASP n° 9 di Trapani per un servizio di riabilitazione di 57 terapie ambulatoriali e 19 terapie domiciliari giornaliere per il recupero funzionale di soggetti con minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, senza alcun limite di età.
Ai sensi dell'art. 10 del Decreto 17 aprile 2003 dell'Assessorato Regionale per la Sanità, pubblicato nella GURS n. 20 del 2003, fa parte delle strutture accreditate di cui all'art.16 del decreto N.890 del 17 giugno 2002 dello stesso Assessorato.

***La Sezione A.I.A.S. di Castelvetrano**:*

- È un Ente del Terzo Settore (ETS) iscritto al Registro Unico nazionale del Terzo settore (RUNTS) ai sensi D.Lgs. 117/2017, alla sezione **G** g/sto D.D.G. n. 19 del 13.01.2025..
- Anche se sospesa per effetto dell'iscrizione al RUNTS, ha personalità giuridica giusto Decreto della R. Sicilia n. 502 del 10/06/03 (G.U.R.S. n. 35 dell'8 agosto 2003).
- È Iscritta all'Albo Reg.le Sez. INABILI – Tipologia ASSISTENZA DOMICILIARE e CENTRO DIURNO (art. 26 l.r. 22/86);
- È Iscritta all'Albo Reg.le Sez. ANZIANI – Tipologia ASSISTENZA DOMICILIARE (art. 26 l.r. 22/86);
- È una Associazione di Solidarietà Familiare iscritta al Reg. n. 33 – L.R. n 10 / 2003;
- È un Ente legittimato ad agire per la tutela giudiziaria delle persone disabili (art. 4 L. n. 67/06)
- È iscritta all'Albo Reg.le delle "STRUTTURE NON SPECIALIZZATE CHE EROGANO TAA E/O EAA con Animali residenziali" (D.A. Sanità n. 122/2018)
- È un Ente Promotore e componente del Centro Territoriale Servizi per l'integrazione scolastica.
- È componente della RETE TERRITORIALE del Distretto 54

e possiede un

- Sistema Interno di Gestione per la Qualità – a norma UNI EN ISO 9001:2000 –.

SERVIZI EROGATI
Attualmente si erogano servizi di:

- Fisiokinesiterapia
- Psicomotricità
- Neuropsicomotricità
- Logopedia
- Psicomotricità con il mezzo cavallo
- Rieducazione neuropsicologica
- Consulenza psicologica individuale, di gruppo e familiare
- Consulenza specialistica neurologica e pneumologica

***Inoltre si erogano servizi di**:*

- Sportello H
- Servizio sociale
- Ausilioteca
- Percorsi di autonomia personale
- Piani di intervento per disturbi: comportamentali, di apprendimento, di relazione
- Assistenza domiciliare
- Raccordo con la Scuola per stesura PEI

- Attività di monitoraggio e ricerca
- Coordinamento e gestione di gruppi di studio, costituiti da neo laureati o laureandi in psicologia, scienze dell'educazione, ingegneria informatica

3.1 DATI AZIENDALI

Denominazione	**A.I.A.S. ETS - Sezione di Castelvetrano**
Forma giuridica	**Cod. ISTAT 1.7.10 Associazione Riconosciuta**
Partita Iva	**01997430812**
Codice Fiscale	**90002070812**
Sede legale e operativa	**Castelvetrano (TP) – 91022** **S.S.115, Km 74- c/da Strasatto Cicirello**
Telefono /cellulare	**0924 907478 Cell. 379 2222631**
E-mail	**aiascastelvetrano@libero.it**
PEC	**aiascastelvetrano.pec@arubapec.it**
Sito Web	**www.aiascastelvetrano.it**

3.2. ORGANIGRAMMA

3.2.1. ORGANI SOCIALI

Gli Organi Sociali sono costituiti dall' Assemblea dei Soci, dal Consiglio Direttivo e dal Collegio dei Revisori dei Conti a composizione monocratica.
I Componenti del Consiglio Direttivo sono sette e vengono tutti eletti direttamente dalla Assemblea dei Soci ogni tre anni.

I Componenti del Direttivo in carica nel triennio 2024– 2027 sono:

1. **PRESIDENTE: Angela Maria Puleo**
2. **V/PRESIDENTE: Giuseppe Adorno**
3. **SEGRETARIO: Pasquale Messina**
4. **CONSIGLIERE: Caterina Cuttone**
5. **CONSIGLIERE: Dora Ferraro**
6. **CONSIGLIERE: Maria Campagna**
7. **CONSIGLIERE: Caterina Fausta Adorno**

Il Collegio dei revisori dei Conti, che in base all'art.19 dello Statuto approvato dall'Assemblea dei Soci nella seduta del 30/10/2020 può essere monocratico o collegiale, in seguito a quanto deliberato dall'Assemblea nella seduta del 22.04.2022, viene istituito nella composizione monocratica. Tale organo viene eletto dalla stessa Assemblea ogni tre anni.
In ottemperanza al disposto l comma 5) dell'art.20-bis del D.P.R. 600 del 20/09/1973, per la redazione della relazione di controllo da allegare al bilancio annuale di esercizio, è stato nominato il **Dr Calogero Martire** nella qualità di revisore iscritto nel Registro dei Revisori Contabili.

3.2.2 STAFF TECNICO

STAFF TECNICO	**TIPOLOGIA DI RAPPORTO CON L'ENTE**
PRESIDENTE Dr. Angela Maria PULEO	Presidente del Consiglio di Amministrazione
DIRETTORE SANITARIO Dott. Vincenzo SCIMONELLI – NEUROLOGO	Professionista Esterno
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO Rag. Antonino DITTA	Dipendente
RESPONSABILI SERVIZIO SOCIALE Dott. Mariangela ACCARDO – Assistente Sociale Dott. Valentina STALLONE – Assistente Sociale	 Dipendente Dipendente

Dott. Laura P. M. LOMBARDO – Assistente Sociale	Dipendente
REFERENTE DI FUNZIONE AREA SOCIO-PSICO-SANITARIA Dott. Mariangela ACCARDO – Assistente Sociale	Dipendente
REFERENTE DI FUNZIONE AREA RIABILITATIVA AMBULATORIALE Dott. Rosaria FERRO –Neuropsicomotricista	Dipendente
REFERENTE DI FUNZIONE AREA RIABILITATIVA DOMICILIARE Dott. Mimmo SCIACCA – Fisiokinesiterapista	Dipendente
REFERENTE DI FUNZIONI AREA PRIVACY Dott . Valentina STALLONE – Assistente Sociale	Dipendente
REFERENTE DI FUNZIONE AREA DI SUPPORTO Sig.ra Maria CRIMI -Ausiliaria socio-sanitaria	Dipendente
RESPONSABILE DELLA QUALITA' Dott. Nicolò CORLEO – Auditor interno Rag. Antonino DITTA - Auditor interno Sig.ra Caterina CUTTONE- Rappresentante Direzione	Professionista esterno Dipendente Componente CdA - Consigliere
RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE Sig. Giuseppe ADORNO	Componente CdA - Consigliere
RPC – Rappresentante Prevenzione Corruzione Dott. Pasquale MESSINA	Componente CdA - Consigliere
OdV - ORGANISMO DI VIGILANZA Dott. Baldassare Cacioppo	Socio
RESPONSABILE PROTEZIONE DATI PERSONALI RPD/DPO Dott. Brunone Amedeo MUSIARI	Professionista esterno
RESPONSABILI AUSILIOTECA Dott. Nicolò CORLEO – Psicologo	Professionista esterno
RESPONSABILE SPORTELLO H Dott. Mariangela ACCARDO – Assistente sociale Dott. Valentina STALLONE - Assistente sociale Dott. Laura P. M. LOMBARDO – Assistente sociale	Dipendente Dipendente Dipendente
CONSULENTI Dott. Nicolò CORLEO – Psicologo clinico e Psicoterapeuta Dott. Brunone Amedeo MUSIARI – Pneumologo	Professionista esterno Professionista esterno
CONSULENTI TECNICI Dott. M. Letizia SAVALLE – Consulente del Lavoro e Fiscale Sig. Francesco GIANNILIVIGNI - Amministratore di sistema Dott. Calogero MARTIRE -Revisore Contabile	Professionista esterno Collaboratore esterno Professionista esterno

3.2.3 L'ORGANIGRAMMA distinto per qualifica e tipologia di rapporto contrattuale in relazione ai servizi effettuati è il seguente:

QUALIFICA	TIPOLOGIA RAPPORTO CONTRATTUALE	COGNOME E NOME
Responsabile Amministrativo	Dipendente	Ditta Antonino n.26/02/72
Coadiutrice Amministrativo	Dipendente	Catalano Giacoma
Logopedista	Dipendente	Ditta Antonino n.02/07/81
Logopedista	Dipendente	Muscarà Maria Fatima
Logopedista	Dipendente	Mistretta Mariangela

Logopedista	Dipendente	Riggio Piero
Logopedista	Dipendente	Sana Dario
Logopedista	Dipendente	Stallone Sofia
Assistente sociale	Dipendente	Accardo Mariangela
Assistente sociale	Dipendente	Stallone Valentina
Assistente sociale	Dipendente	Lombardo Laura Piera M.
Neuropsicomotricista	Dipendente	Ferro Rosaria
Neuropsicomotricista	Dipendente	Cognata Maria
Neuropsicomotricista	Dipendente	Fontana Ambra
Neuropsicomotricista	Dipendente	Indelicato Maurizio
Neuropsicomotricista	Dipendente	Palermo Stefania
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Garcia Federico Alejo
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Ventimiiglia Rosalia
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Traina Erika
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Sparacia Antonino
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Sciacca Mimmo
Terapista Riabilitazione	Dipendente	Quinci Tommaso
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Aguanno Lilla Anna
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Bono Grazia Francesca
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Castelli Rosalia
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Centonze Luigia Cristina
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Crimi Maria
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Lauretta Anna
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Libia Maria Antonietta
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Marsala Cristina
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Sciacca Agostina
Ausiliaria	Dipendente	Sciortino Erika
Ausiliario Socio Sanitario	Dipendente	Tummarello Giovanna
Operaio Specializzato	Dipendente	Truscelli Vito
Operaio Comune	Dipendente	Triolo Gabriele
Artiere	Dipendente	Lo Bello Salvatore
Direttore Medico Specialista (Neurologo)	medico professionista esterno	Scimonelli Vincenzo
Psicologo clinico psicoterapeuta	professionista esterno	Corleo Nicolò
Medico Collaboratore Pneumologo	medico professionista esterno	Musiari Brunone Amedeo

3.3 DICHIARAZIONE PROGRAMMATICA

L'azienda si è dotata di un Modello Organizzativo allo scopo di realizzare un sistema di controllo interno che consenta di prevenire la commissione di Reati da parte dei propri amministratori, dipendenti, collaboratori, partner e fornitori, valutando la positiva opportunità offerta dalle disposizioni normative, per quanto facoltative. In conformità con la normativa alla quale intende dare seguito**, ha istituito l'Organo di Vigilanza ("Organismo di Vigilanza" o anche "OdV") con il compito di vigilare sul funzionamento, sull'efficacia e sull'osservanza del Modello, di curarne l'adeguatezza e l'aggiornamento.** L'adozione e l'efficace attuazione di tale sistema consentono all'Ente di beneficiare dell'esimente prevista dal D. Lgs. 231/2001, ed inoltre riduce il rischio di commissione dei Reati contemplati nel D. Lgs. 231/2001. A tal fine l'azienda ha analizzato le proprie attività evidenziando le aree di rischio e predisponendo procedure e attività di controllo.

3.4 MODALITÀ DI MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL MODELLO

Essendo il presente Modello un "atto di emanazione dell'organo dirigente" (in conformità alle prescrizioni dell'art. 6, comma I, lettera a del D. Lgs. 231/2001) **le successive modifiche e integrazioni di carattere sostanziale del Modello stesso sono rimesse alla competenza del Consiglio di Amministrazione, con il supporto dell'Organismo di Vigilanza.**

3.5 FUNZIONE DEL MODELLO

Il Modello Organizzativo consente la realizzazione di un sistema strutturato ed organico di procedure ed attività di controllo preventivo che abbia come obiettivo la prevenzione, per quanto possibile, dei Reati di cui al D.Lgs. 231/2001 ,mediante l'individuazione delle attività esposte a rischio di Reato e la loro conseguente regolamentazione tramite specifiche procedure.
L'adozione delle procedure deve condurre a determinare una piena consapevolezza del potenziale autore del Reato in merito gli illeciti possibili, la cui commissione è fortemente condannata e contraria agli interessi dell'Ente anche quando apparentemente essa potrebbe trarne un vantaggio, ed inoltre, grazie ad un monitoraggio costante dell'attività, a consentire all'ente di reagire tempestivamente nel prevenire od impedire la commissione del Reato.

Punti cardine del Modello, oltre ai principi sopra indicati, sono:

- la mappa delle attività sensibili dell'ente, vale a dire delle attività nel cui ambito possono essere commessi i Reati previsti dal D. Lgs. 231/2001, custodita dall'Organismo di Vigilanza;
- l'attribuzione all'Organismo di Vigilanza dei compiti di vigilare sull'efficace e corretto funzionamento del Modello, come qui di seguito meglio descritto;

- verifica ed archiviazione della documentazione di ogni operazione rilevante ai fini del D. Lgs. 231/2001 e la sua rintracciabilità in ogni momento; ,
- il rispetto del principio della separazione delle funzioni nelle aree ritenute a maggior rischio;
- la definizione di poteri autorizzativi coerenti con le responsabilità assegnate;
- la messa a disposizione dell'Organismo di Vigilanza di risorse aziendali di numero e valore ragionevole e proporzionato ai risultati attesi e ragionevolmente ottenibili;
- l'attività di monitoraggio dei comportamenti aziendali, nonché del Modello con conseguente aggiornamento periodico (controllo ex post, anche a campione
- l'attività di sensibilizzazione e diffusione a tutti i livelli aziendali (proporzionale al livello di responsabilità) delle regole comportamentali e delle procedure istituite.

3.6 MODELLO E CODICE ETICO

L'Ente è dotato di un Codice Etico il cui fine ultimo consiste nella indicazione delle regole di comportamento e dei valori etico-sociali di cui debbono essere permeati il comportamento della Associazione e di tutti i suoi destinatari, in parallelo con il perseguimento dell'oggetto sociale e degli obiettivi, coerentemente con quanto riportato nel presente documento.
Il Modello presuppone il rispetto di quanto previsto nel Codice Etico, formando con esso un corpus di norme interne finalizzate alla diffusione di una cultura improntata all'etica ed alla trasparenza aziendale. Il Codice Etico della Associazione, in tutte le sue future riformulazioni, si intende qui integralmente richiamato e costituisce il fondamento essenziale del Modello, le cui disposizioni si integrano con quanto in esso previsto.
Si chiarisce che l'approvazione del Codice Etico verrà deliberato contestualmente all'approvazione del Modello Organizzativo di Gestione.

4. MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO

4.1 ADOZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Modello Organizzativo è recepito e approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente.
L'adozione del Modello è comunicata dal Rappresentante Legale a tutto il personale presente nella Struttura al momento dell'adozione stessa. A costoro viene consegnata copia del Modello, comprensivo del Codice Etico e comportamentale.

4.2 INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Ai fini dell'efficacia del presente Modello Organizzativo, è obiettivo dell'Ente garantire una corretta conoscenza, sia alle risorse già presenti in struttura sia a quelle da inserire, delle regole di condotta ivi contenute, con differente grado di approfondimento in relazione al diverso livello di coinvolgimento delle risorse medesime nei Processi Sensibili
Il sistema di informazione e formazione è gestito dalla Direzione della Struttura, in stretta cooperazione con l'Organismo di Vigilanza, nonché con la collaborazione dei responsabili delle altre funzioni di volta in volta coinvolti nella applicazione del Modello.
Tutti i destinatari di copia del Modello Organizzativo e del Codice Etico comportamentale devono dare conferma dell'avvenuta ricezione e devono espressamente dichiarare di impegnarsi al rispetto dei principi ivi contenuti.
Viene conservata traccia documentale agli atti dell'OdV della eseguita consegna e dell'impegno da parte dei destinatari al rispetto delle regole previste. L' Associazione non inizierà né proseguirà alcun rapporto con chi non intenda impegnarsi al rispetto dei principi contenuti nel Codice Etico e nel Modello Organizzativo (quest'ultimo limitatamente agli eventuali aspetti, di volta in volta, applicabili).
In aggiunta alle attività connesse all'informazione dei destinatari, l'OdV ha il compito di promuovere e monitorare l'implementazione, da parte della Struttura, delle iniziative volte a favorire una conoscenza e una consapevolezza adeguate del Modello, al fine di incrementare la cultura di eticità e di controllo all'interno dell'Ente.

4.3 INFORMAZIONE AI FORNITORI, COLLABORATORI, CONSULENTI E PARTNER

I consulenti ed i partner, i collaboratori a vario titolo, i fornitori devono essere informati del contenuto del Modello e dell'esigenza della Struttura che il loro comportamento sia conforme ai disposti del D.Lgs. 231/2001.
Costoro vengono invitati a consultare il presente modello, pubblicato sul sito internet e disponibile presso l'Ente.
I suddetti soggetti, al momento della consegna del presente Modello, lo sottoscrivono per integrale presa visione e accettazione e si impegnano, nello svolgimento dei propri compiti afferenti ai Processi Sensibili e in ogni altra attività che possa realizzarsi nell'interesse o a vantaggio dell'Ente, al rispetto dei principi, regole e procedure in esso contenuti.
I contratti stipulati e/o rinnovati successivamente all'adozione del presente Modello dovranno prevedere clausole che impongano ai soggetti suddetti il rispetto del Modello stesso e che stabiliscano condizioni risolutive e di risarcimento dei danni in caso di violazione da parte di fornitori e collaboratori a vario titolo.

4.4 AGGIORNAMENTO DEL MODELLO

Il Modello, se ritenuto necessario., verrà aggiornato ogni anno dal Consiglio di Amministrazione mediante delibera.

5. ANALISI DEI RISCHI DI REATI EX D.LGS. 231/2001

L'analisi che segue esamina nel dettaglio tutte le fattispecie di reati esplicitamente elencate dal legislatore e che configurano la responsabilità amministrativa della Struttura.
Lo scopo è dare la dimostrazione della comprensione ed interpretazione del contenuto della normativa e, allo stesso tempo, consentire di realizzare una prima occasione di formazione dei destinatari del Modello.

In particolare, per la funzione informativa e formativa, alla disamina della normativa sono stati aggiunti ed evidenziati commenti su come interpretare la normativa alle specificità della Struttura nonché suggerimenti su misure e comportamenti da osservarsi.

5.1 RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA

La Struttura esercita in convenzione con l'ASP di Trapani, come già detto, un servizio di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare per il recupero funzionale di soggetti con minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, senza alcun limite di età.
Nell'espletamento di tale macro-attività, vengono gestiti i rapporti con la Pubblica Amministrazione e relativi organi ispettivi, con i fornitori di beni e servizi, con il personale dipendente e con i collaboratori libero professionisti.
Pertanto, ai fini dell'individuazione dei rischi e della relativa analisi va considerata la responsabilità amministrativa degli enti prevista dal D.Lgs 231/01 per reati commessi nel loro interesse o a loro vantaggio da soggetti che rivestono una posizione apicale nella struttura medesima ovvero da persone fisiche sottoposte a vigilanza di quest'ultimi, e in generale da persone fisiche che operano in nome della Struttura, per suo conto o comunque nel suo interesse, in virtù di qualsiasi accordo di collaborazione o conferimento di incarico.
La responsabilità della Struttura è presunta qualora l'illecito sia commesso da una persona fisica apicale. In tal caso ricade sulla Struttura l'onere di dimostrare la sua estraneità ai fatti.
Viceversa, la responsabilità della Struttura è da dimostrare nel caso in cui chi ha commesso l'illecito non ricopra funzioni apicali. In tal caso l'onere della prova ricade sull'accusa che deve dimostrare l'esistenza di carenze a livello organizzativo o di vigilanza che possono comportare una corresponsabilità da parte dei soggetti apicali

5.2 ADOZIONE DA PARTE DELL'AIAS DELLA CARTA DEI SERVIZI

L'Associazione si è inoltre dotata di una **Carta dei Servizi** che è rivolta alla tutela dei diritti degli "utenti-pazienti" ed in primo luogo al loro fondamentale diritto all'informazione.
Essa, infatti:

- ***È un documento adottato per stabilire le linee di indirizzo, i fattori, gli indicatori e gli standard di qualità dei servizi;***
- **Elenca i criteri, le metodologie e le procedure ai quali gli Operatori devono attenersi;**
- **È uno strumento a tutela del diritto alla salute che attribuisce all' "utente-paziente" la possibilità di controllo effettivo sui servizi erogati, sulla loro qualità e sulla quantità**.

Essa dunque viene consegnata agli utenti al momento dell'ingresso per essere letta, consultata ed utilizzata dagli stessi nello spirito di acquisire una conoscenza approfondita della Struttura cui si affida la finalità di avere il massimo vantaggio possibile dalle prestazioni richieste.
La Carta dei Servizi è messa a conoscenza anche dei cittadini sul sito aziendale.

5.3 IL MECCANISMO DI ESONERO DELLA STRUTTURA DALLE RESPONSABILITÀ

Il decreto prevede un meccanismo di esonero da responsabilità che si basa sull'adozione ed effettiva attuazione, da parte dell'Ente, di modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati contemplati dal decreto stesso.
Si tratta di sistemi e programmi di autoregolamentazione, dalla cui adozione ed attuazione

possono derivare per l'Ente, oltre all'esonero da responsabilità (al ricorrere di determinate condizioni) importanti conseguenze sia sostanziali che processuali in tema, ad esempio, di commisurazione e riduzione della pena pecuniaria, di inapplicabilità delle sanzioni interdittive e4 di sospensione e revoca delle misure cautelari.
Per prevenire l'accollo di responsabilità, l'Ente deve prioritariamente individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi i reati di riferimento nella propria organizzazione e aver effettuato adeguate valutazioni sui relativi rischi.

5.4 IL SISTEMA SANZIONATORIO

Le sanzioni previste dal D.Lgs 231/01 sono costituite da misure:
✓pecuniarie
✓interdittive
✓di confisca
✓di pubblicazione della sentenza di condanna.
In base all'art.10 del D.Lgs. 231/2001 la sanzione pecuniaria per l'illecito amministrativo viene applicata per quote, in un numero non inferiore a 100, né superiore a mille. L'importo di una quota va da un minimo di €uro 258,00 ad un massimo di €uro 1.549.
Le sanzioni interdittive che possono essere comminate solo laddove espressamente previsto, sono le seguenti:

- Interdizione dall'esercizio dell'attività;
- Sospensione o revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni;
- Divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- Esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi e sussidi, e/o revoca di quelli eventualmente già concessi;
- Divieto di pubblicizzare beni o servizi.

6. ANALISI DEI RISCHI NEL SETTORE IN CUI OPERA L'AIAS DI CASTELVETRANO

6.1 INDIVIDUAZIONE DELLE AREE MAGGIORMENTE ESPOSTE AL RISCHIO DI REATO

Con riferimento all'analisi dei rischi in cui opera l'Ente, sono sostanzialmente due le aree maggiormente esposte a rischio di reato, per le quali, possono delinearsi delle soluzioni operative utilizzabili tanto dai soggetti privati quanto dalla pubblica Amministrazione:

1) il singolo soggetto deve essere titolare (legittimamente) delle autorizzazioni richieste e dell'accreditamento istituzionale per potere svolgere le prestazioni sia in regime privatistico che mediante remunerazione con risorse pubbliche;
2) il tipo di attività concretamente posta in essere deve necessariamente rientrare nelle tipologie autorizzate/accreditate, non potendosi ritenere legittima l'erogazione di prestazioni diverse e ulteriori.

Per quanto concerne il primo punto, deve evidenziarsi come, nella prassi, tale circostanza rivesta un ruolo fondamentale nella dinamica dei rapporti tra privati e pubblica amministrazione sanitaria, entrambi tenuti, sotto diversi profili, al controllo e verifica della suddetta titolarità.

Per quanto concerne il secondo punto, è necessario al fine di prevenire i rischi da reato (specialmente quello di truffa ai danni dello Stato o di altro ente pubblico ex art. 640 cod.pen.), che le prestazioni svolte rientrino nell'ambito dell'operatività dei provvedimenti ottenuti e che siano effettivamente eseguite e comunque rendicontate per ottenere il rimborso.
In altre parole, il soggetto può porre in essere solo quanto autorizzato o accreditato dall'amministrazione, non essendo possibile alcuna estensione "automatica" delle prestazioni effettivamente erogabili. Tali prestazioni come chiarito da giurisprudenza amministrativa dovrebbero essere oggetto di ulteriore nuova determinazione da parte dei pubblici poteri.

Oltre alle due principali aree di rischio, l'analisi della prassi giurisprudenziale, però ha portato a considerare altre ipotesi di rischio, connesse tanto alla corretta gestione del servizio e della struttura da parte del privato quanto all'effettivo controllo da parte dei pubblici poteri.

Sotto il primo punto di vista, è importante considerare il tema delle incompatibilità del personale, tenuto conto dell'effetto che tali situazioni hanno sulla validità dei provvedimenti in esame. Secondo giurisprudenza costituzionale, in riferimento al principio di unicità del rapporto di lavoro sancito dall'art. 4 della l. 412/1991, la scelta del legislatore "non può ritenersi viziata da irragionevolezza, ove si considerino la particolare natura e le *funzioni svolte dalle istituzioni sanitarie private convenzionate. Queste ultime, invero, a seguito della stipula delle convenzioni - oggi accordi contrattuali- vengono ad assumere indubbiamente una funzione integrativa e sussidiaria della rete sanitaria pubblica.

Pertanto, l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile con rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, ai sensi del citato art. 4, il dipendente sanitario non può essere titolare o socio in compartecipazione d'imprese che possano configurare un conflitto di interessi col Servizio sanitario nazionale: tale conflitto sussiste per il solo fatto di detenere una partecipazione e prescinde dallo svolgimento anche di attività amministrative nella società partecipata che, peraltro, può anche essere priva di accreditamento con il SSN".

Sotto l'aspetto riguardante il **controllo effettivo svolto dalla Pubblica Amministrazione**, le ipotesi nelle quali è stata ritenuta legittima la revoca dei provvedimenti già concessi è stata la seguente:

- messa in stato di liquidazione della società privata accreditata ai sensi dell'art. 2278 e 2279 (cass .Civ. 3221/1999);
- gravi e reiterate inadempienze da parte della struttura privata comportanti situazioni di pericolo per la salute dei cittadini (consiglio di stato 4534/2010)

Scendendo nel dettaglio **dell'analisi del rischio di reato effettuata dal Centro AIAS di Castelvetrano**, questa è stata un'attività che ha permesso di individuare e contestualizzare il rischio di reato in relazione alla *governante* e all'attuale assetto organizzativo dell'ente.In generale si riportano di seguito gli standard generali di trasparenza delle attività che devono essere sempre presenti in tutte le attività sensibili (a rischio reato) nel rispetto della dimensione aziendale ed al fine di non inficiare nell'operatività:

a) **segregazione delle attività**: deve esistere segregazione delle attività tra chi esegue, chi controlla e chi autorizza;

b) **Norme**: devono esistere disposizioni aziendali idonee a fornire almeno i principi di riferimento generali per la regolamentazione dell'attività sensibile;

c) **Poteri e firma autorizzativi**: devono esistere regole formalizzate per l'esercizio di firma e poteri autorizzativi interni;

d)**Tracciabilità**: i soggetti, le funzioni interessate e/o i sistemi informativi utilizzati devono assicurare l'individuazione e la ricostruzione delle fonti e dei controlli effettuati che supportano la formazione e l'attuazione delle decisioni dell'Ente e le modalità di gestione delle risorse finanziarie.

E' da rilevare positivamente per i riflessi in termini di prevenzione dei reati di cui al D.Lgs. 231/2001 ed alla legge anticorruzione 190/2012 che l'Ente, avendo già da molteplici anni efficacemente implementato il sistema di gestione della qualità (SGQ) ISO 9004 per ***"l'erogazioni del servizio volta a migliorare la qualità della vita dell'utenza secondo il modello biopsico-sociale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS),"*** **ha sviluppato in seno sia ai soggetti apicali che nel personale dipendente e professionisti esterni, che a vario titolo fanno parte dell'organigramma aziendale, una vera e propria conoscenza del lavoro per processi in ragione ad una molteplicità di procedure che proprio il sistema ISO impone e che consente un controllo costante sull'attività svolta da ogni singolo individuo.**

Di conseguenza, le integrazioni ove necessarie, che vengono fatte sulle procedure ISO già esistenti ai fini della prevenzione dai reati di cui agli articoli 24 e 25 del D.Lgs. 231/2001, uniti all'adozione del Modello di organizzazione e controllo integrato del PTPCT e del Sistema Disciplinare Sanzionatorio, del Codice Etico e delle nomine del Responsabile alla Corruzione, alla Trasparenza e dell'Organismo di Vigilanza, consentono di potere affermare che **l'Ente completa, nei fatti, un percorso di miglioramento organizzativo volto anche alla prevenzione ed alla mitigazione dei reati specifici** previsti dal D. Lgs.231/2001 e L.190/2012, che sarà oggetto della vigilanza periodica sull'adozione ed attuazione da parte dei responsabili dell'ODV, della Corruzione e della Trasparenza.

6.2 REATI ANALIZZATI

In ragione dell'atto di indirizzo intervenuto da parte dell'Assessorato alla Salute, Regione Sicilia, i reati del Decreto 231/2001 attenzionati sono stati quelli derivanti dagli articoli 24, 24 ter e 25, in conformità a quanto prevede anche la legge 190/2012.

6.3 LE AREE SENSIBILI NEL CUI AMBITO POSSONO ESSERE COMMESSI REATI, LE FUNZIONI COINVOLTE ED IL LIVELLO DI RISCHIO RILEVATO SONO:

a) a fase di inserimento dei soggetti assistiti, l'erogazione effettiva dei servizi in convenzione e la rendicontazione delle prestazioni sanitarie previste dall'accreditamento dell'Assessorato Regionale
b) alla salute e dalla Convenzione ASP di Trapani;
c) i servizi generali, amministrativi e contabili (in specie per la disciplina dei rapporti con la P.A. e per gli aspetti economici ed amministrativi);
d) la gestione dei fornitori di beni e servizi.
e) la gestione del personale.

6.4 ANALISI DELLE AREE SENSIBILI INDIVIDUATE NEL PRECEDENTE PARAGRAFO.

Le principali fasi dell'attività sociale convenzionata sono le seguenti:
a) la fase di inserimento dei soggetti assistiti, l'erogazione effettiva dei servizi in convenzione e la rendicontazione delle prestazioni previste dall'accreditamento dell'Assessorato Regionale alla Salute e dalla Convenzione ASP di Trapani.

- ***Individuazione dei soggetti assistiti:***

L'individuazione dei soggetti assistiti è di competenza dell'Ente Pubblico con il quale ll'Associazione ha stipulato la convenzione (ASP di Trapani).
Le fasi di inserimento nella procedura assistenziale prevede dei colloqui individuali coi soggetti, che vengono spontaneamente o tramite ASP.

- ***Esecuzione della prestazione convenzionata***

Preso in carico il soggetto, i professionisti in organico procedono ad espletare le cure come da prescrizione.

Sotto l'aspetto delle prescrizioni mediche e quindi dell'acquisto dei farmaci necessari durante l'espletamento dei vari piani terapeutici, l'Ente si approvvigiona come da prassi.

- ***Rendicontazione all'ASP delle prestazioni eseguite:***

In relazione all'attività svolta con cadenza trimestrale, l'Associazione provvede ad emettere documento fiscale in formato elettronico all'ASP di Trapani in ottemperanza all'accreditamento dell'Assessorato Regionale alla Salute ed al contratto da budget annuale con l'ASP di Trapani.
L'incasso delle prestazioni fatturate avviene dopo un controllo da parte dell'ASP di Trapani sulla regolarità del documento fiscale con bonifico accreditato sul conto corrente bancario intrattenuto dall'AIAS con la Banca di Credito Cooperativo Don Rizzo di Alcamo - sportello bancario di Partanna.

b) I Servizi generali, amministrativi e contabili

Sotto l'aspetto degli adempimenti amministrativi interni e nei confronti dell'ASP di Trapani, la

persona all'uopo incaricata è il Ragioniere Antonino Ditta. Quest'ultimo si occupa dell'invio elettronico trimestrale delle fatture all'ASP di Trapani per le prestazioni eseguite.
Per quanto concerne invece gli adempimenti di legge, contabili, fiscali e giuslavoristici l'Ente si avvale, con lettera d'incarico della consulenza esterna del Dottoressa Commercialista Maria Letizia Savalle, iscritta all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Marsala, con studio professionale nella via Francesco Crispi nr.47 a Castelvetrano.
L' Associazione attribuisce al Professionista esterno la delega per i rapporti con le autorità fiscali e con l'INPS.
I rapporti con lo Studio professionale sono in parte tracciati con posta elettronica e con l'invio di documentazione cartacea (prima nota cassa, fogli presenza del personale dipendente, altri documenti ricorrenti inviati, etc.)

c) La gestione dei fornitori di beni e servizi>

Sul fronte degli acquisti di beni e servizi in ragione dell'ammontare annuo previsto per singola categoria, non si applicano procedure di gare d'appalto. I pagamenti delle spese vengono prevalentemente eseguite con mezzi bancari tracciati.

d) La gestione del personale

Non è prevista una procedura di accesso specifica per l'assunzione del personale. La nomina viene fatta dal CdA che analizza i curricula dei candidati e li valuta in relazione al possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire.
Il sistema di Gestione per la Qualità ISO 9004 adottato dall'Ente comprende una procedura sulla formazione ed aggiornamento periodico del personale volto alla salvaguardia degli standard qualitativi dei servizi offerti.

6.5 . ELENCAZIONE DEI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALL'ENTE NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DEL D.LGS. 231/2001

Si ritiene doveroso riportare nel presente modello che l'Associazione, nel rispetto delle leggi di riferimento, ha ottemperato ai seguenti adempimenti:

1. Stipula di regolare contratto di forniture di servizi per la raccolta, trasporto ed avvio allo smaltimento di rifiuti speciali e rifiuti speciali pericolosi con la società EDIL AMBIENTE SRL con sede legale in Via Itria N.3 – Mazara del Vallo, Partita Iva 01997430812 e C.F. 9002070812;
2. Stipula di regolare contratto di manutenzione estintori ed alla sostituzione dell'agente estinguente con la società D.M.C. ANTINCENDIO S.A.S., con sede in contrada Barbarello. nr 643 Marsala, P.IVA 02086170814;
3. Documento unico sulla Prevenzione e sulla Protezione dai Rischi, di cui agli articoli 17 e 28 del D.Lgs 9/04/2008 N.81 e s.m.i.;
4. Certificazione degli adempimenti riguardanti l'art.37 del D.Lgs. 81/ 2008 per tutti i lavoratori in forza;
5. Nomina del medico competente di cui all'art.18, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 81/2008 con lettera di incarico annuale.
6. Nomina del Dott. Brunone Amedeo Musiari, nato a Castelvetrano il 17/04/1953, residente a Castelvetrano nella Via Mazara nr. 134, Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) ai sensi dell'art.30 del regolamento Generale Protezione Dati 2016/679 del 27/04/2016;

6.6 DI SEGUITO IL LIVELLO DEI RISCHI RILEVATI NEL CORSO DELL'ANALISI SUDDIVISO PER ATTIVITÀ E FUNZIONI RESPONSABILI:

ATTIVITA' SENSIBILI	REATO	FUNZIONI COINVOLTE	RISCHIO
A) la fase di gestione dei soggetti assistiti	**art.24,24 ter e 25 d.lgs. 231/2001**	Direttore Medico Specialista, Medici Operatori sanitari	**Medio**

l'erogazione effettiva dei servizi in Convenzione	**art.24, 24 ter e 25 d.lgs. 231/02**	Direttore Sanitario, Medici Operatori sanitari	**Medio**
la rendicontazione delle prestazioni sanitarie previste dalla Convenzione ASP di Trapani	**art.24, 24 ter e 25 d.lgs. 231/2003**	Amministrazione, Responsab. Amministrativo	**Medio**
B) i servizi generali, amministrativi e contabili (in specie per la disciplina dei rapporti con la P.A. e per gli aspetti economici ed amministrativi)	**art.24, 24 ter e 25 d.lgs 231/2002**	Amministrazione , Responsab. Amministrativo	**Basso**
C) la gestione dei fornitori di beni e servizi	**art.24, 24 ter e 25 dl.lgs 231/2004**	Responsabile Amministrativo	**Basso**
D) la gestione del personale	**art.24, 24 ter e 25** d.lgs 231/2001	Consiglio di Amministrazione	**Basso**

L'attribuzione del livello di **rischio di valore medio,** in relazione alle attività principali di cui alla lettera A), è derivante dall'avere attribuito, tenuto conto di come si svolge l'attività nell'ambito dei rapporti con la P.A., di **un basso livello di frequenza potenziale di commissione dei reati corruttivi** anche per effetto delle procedure di qualità ISO 9004 in essere e tenuto conto del **livello alto della gravità della sanzione,** così come prevista dagli art.24 e 25 del decreto 231/01 (pecuniaria ed interdittiva). Inoltre, l'adozione del Modello 231, del Codice Etico e del sistema disciplinare, consentono di potere **confermare il suddetto valore di rischio medio.**

7.ORGANISMO DI VIGILANZA

7.1 NOMINA DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

E' istituito presso l'AIAS l'Organismo di Vigilanza, indicato anche nel presente modello come "OdV", con i poteri ed i compiti definiti dall'art.6, comma 1, lett.b) del decreto legislativo n.231/2001.
Detto Organismo è a composizione monocratica, viene nominato dal Consiglio Direttivo e rimane in carica per tre anni; l'OdV può avvalersi della collaborazione di esperti per le specifiche problematiche.

7.2 REQUISITI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Il Consiglio Direttivo dell'Ente, prima della nomina, deve accertare che i componenti dell'Organismo di Vigilanza sono in possesso dei requisiti previsti e non si trovano in alcuna delle condizioni di ineleggibilità espressamente previste dal Decreto.
I componenti dell'OdV decadono oltre che per la sopravvenuta insorgenza di una causa di incompatibilità, nelle ipotesi di violazione del Modello organizzativo attinente alla obbligatorietà:

a) delle riunioni;
b) dei controlli periodici sulle procedure;
c) delle audizioni del personale e delle relative verbalizzazioni;
d) della regolare tenuta del libro dei verbali.

7.3 OBBLIGHI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE NEI CONFRONTI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Il Rappresentante Legale dell'Ente garantisce all'organismo di Vigilanza autonomia di iniziativa e di controllo sulle attività dell'Associazione a rischio-reati, al fine di incoraggiare il rispetto della legalità e del Modello Organizzativo e consentire l'accertamento immediato di eventuali violazioni; restano fermi, comunque, in capo ai soggetti a ciò formalmente preposti nell'organizzazione aziendale, gli obblighi generali di direzione e vigilanza sul personale sottoposto, anche ai fini del rispetto delle disposizioni del presente Modello Organizzativo.
Il Rappresentante Legale dell'Ente deve assicurare l'uso, anche se non esclusivo, di idonei locali per le riunioni, le audizioni ed ogni altra necessaria attività. Tali locali dovranno garantire l'assoluta riservatezza nell'esercizio delle funzioni dell'Organismo; inoltre, l'Amministrazione deve mettere a disposizione dell'Organismo, personale di segreteria, se necessario, e i mezzi tecnici occorrenti per l'espletamento delle sue funzioni.
L'eventuale compenso dovuto all'organismo sarà determinato dal Consiglio di Amministrazione ed erogato con la forma del gettone di presenza.
Gli organi di amministrazione, venuti a conoscenza di violazioni del Modello Organizzativo o costituenti un'ipotesi delittuosa non ancora giunta a consumazione, devono immediatamente attivarsi per impedire il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento, onde ottenere l'esonero della responsabilità per l'Ente, ai sensi dell'art.26, comma2 del Decreto.

7.4 RIUNIONI E DELIBERAZIONI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo si riunisce almeno tre volte l'anno, salvo i casi di comprovata urgenza o di motivata richiesta del Presidente del Consiglio di Amministrazione o dell'Assemblea dei Soci. L'avviso di convocazione deve essere contestualmente trasmesso per conoscenza al Presidente del Consiglio di Amministrazione.
L'OdV ha il compito di trasmettere annualmente una relazione sull'attività svolta dall'Organismo
I membri supplenti sostituiscono temporaneamente, in caso di assenza, i membri effettivi e, per la residua durata del mandato, i membri decaduti.
Di ogni operazione compiuta dall'Organismo deve comunque essere redatto apposito verbale.

7.5 COMPITI DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA

In base al D. lgs. 231/2001, l'Organismo di vigilanza ha l'obbligo di:

- vigilare sull'effettiva applicazione del Modello organizzativo e del Codice etico
- valutare, anche tramite la segnalazione di eventuali criticità ad opera di soggetti apicali o sottoposti, l'adeguatezza del Modello Organizzativo, ossia l'idoneità dello stesso, in relazione alla tipologia di attività e alle caratteristiche della struttura dell'Associazione, a ridurre i rischi di commissione dei reati presupposto;
- promuovere l'attività di aggiornamento del Modello e del Codice etico, da effettuarsi obbligatoriamente in caso di modifiche organizzative e di eventuali novità legislative.

A tal fine è tenuto a:
✓ effettuare verifiche su operazioni o atti specifici posti in essere nell'ambito delle attività a rischio-reato, attraverso il controllo su un significativo campione di operazioni che sarà determinato mediante un criterio casuale;
✓ condurre indagini interne e svolgere ogni attività ispettiva utile ad accertare presunte violazioni delle prescrizioni del Modello Organizzativo, anche attraverso l'accesso a qualsiasi documento aziendale rilevante per lo svolgimento delle funzioni attribuite dalla legge all'OdV;
✓ richiedere ed ottenere informazioni, nei limiti delle proprie competenze, da chiunque a qualunque titolo operi nella Struttura dell'Ente, interpellando individualmente il personale per erificare se sia a conoscenza di eventuali violazioni o voglia formulare proposte di

modifica del sistema di prevenzione in atto. Del contenuto delle singole audizioni deve essere redatto un verbale contestuale, letto e sottoscritto, per la parte che lo riguarda, dall'interessato;

✓ raccogliere ed elaborare le informazioni rilevanti in ordine al Modello Organizzativo, secondo le modalità di cui al par. 6 del presente Capo, ai fini dell'eventuale necessità di aggiornamento. L'OdV ha l'obbligo di collaborare con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, anch'esso nominato dall'Assemblea dei Soci in ottemperanza alla legge 190/2012 ed alle linee guida dell'ANAC.

A tal fine le attività previste al punto precedente potranno essere svolte congiuntamente, in particolare per quanto riguarda le misure di prevenzione e le eventuali segnalazioni relative alla commissione dei reati previsti dall'art. 25 del decreto 231/2001.

7.6 FLUSSI INFORMATIVI "DA" E "VERSO" L'ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Organismo di vigilanza è tenuto a trasmettere al Presidente del CdA copia dei verbali delle riunioni tenute ed ogni altra notizia relativa ad eventuali irregolarità riscontrate nel corso delle verifiche o segnalate dal Personale dipendente, da collaboratori o fornitori.

E' tenuto, altresì, a comunicare ogni provvedimento adottato al fine di prevenire il compimento di reati o la loro ripetizione.

Al fine di consentire all'Organismo di Vigilanza di essere tempestivamente informato e di partecipare, ove lo ritenga opportuno, alle attività di verifica e controllo condotte all'interno dell'Associazione devono essere trasmessi all'OdV i seguenti documenti:

- *a cura del RSSP:* il programma annuale delle verifiche sulla corretta applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul lavoro conforme alle disposizioni di cui al D. Lgs. 81/2008
- *a cura del Responsabile Qualità:*
  - il programma annuale delle verifiche ispettive interne previste dal Sistema qualità
  - copia dei reclami presentati dai cittadini utenti.
- *a cura della Direzione Sanitaria:*
  copia dei verbali rilasciati dagli Organismi esterni di controllo a seguito di verifiche condotte presso l'Ente;
- *a cura del Presidente del CdA:*
  - copia delle denunce presentate da cittadini utenti;
  - copia delle denunce di infortunio sul lavoro.

L'Organismo di vigilanza è destinatario delle segnalazioni circa violazioni, realizzate o tentate, del presente Modello organizzativo. A tal fine provvederà ad istituire specifici canali informativi diretti a facilitare il flusso di segnalazioni ed informazioni verso l'Organismo stesso.

A tutti coloro che operano nella struttura è assicurata piena libertà di informare l'Organismo di vigilanza di ogni aspetto potenzialmente rilevante per la efficace attuazione del Modello Organizzativo.

In linea con l'art. 6 comma 2 lett. d) del D. Lgs. 231/2001, tali segnalazioni devono essere effettuate in forma scritta ed indirizzate all'OdV anche attraverso l'utilizzazione della casella postale informatica appositamente istituita.

Qualora l'Organismo, nelle forme previste ai punti precedenti, venga a conoscenza di elementi che possano far ritenere l'avvenuta violazione del Modello Organizzativo da parte dei sottoposti deve immediatamente informarne il Presidente del CdA, affinché adotti le misure conseguenti.

In caso di seri e concordanti indizi su avvenute trasgressioni dolose del Modello Organizzativo o

che astrattamente integrino ipotesi di reato da parte di uno degli apicali, l'Organismo di Vigilanza provvede, alle necessarie comunicazioni.

Il Presidente del CdA è tenuto a comunicare all'Organismo di vigilanza l'instaurazione e l'esito dei

procedimenti disciplinari avviati a seguito della violazione del Modello Organizzativo. Dell'attività informativa svolta, l'Organismo deve conservare idonea documentazione.

7.7 TUTELA DEGLI AUTORI DI SEGNALAZIONI DI REATI O IRREGOLARITÀ

A tutti coloro che operano nella struttura è assicurata piena libertà di informare l'Organismo di vigilanza di ogni aspetto potenzialmente rilevante per la efficace attuazione del Modello.
In linea con l'art. 6 comma 2 lett. d) del D. Lgs. 231/2001, tali segnalazioni devono essere indirizzate all'OdV ed effettuate in forma orale o scritta, anche attraverso l'utilizzazione della casella postale informatica appositamente istituita.
L'Organismo di Vigilanza assicura i segnalanti contro qualsiasi forma di ritorsione, discriminazione o penalizzazione, garantendo altresì l'anonimato del segnalante e la riservatezza dei fatti dal medesimo segnalati.
In applicazione delle disposizioni di cui alla legge 30/11/2017 n.179 l'AIAS è tenuta a mantenere segreta l'identità della persona che abbia effettuato una segnalazione all'Organismo di Vigilanza;
nessun provvedimento disciplinare, inoltre, potrà essere irrogato al segnalante che abbia agito in buona fede;
il segnalante non può essere demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro.

8. SISTEMA DISCIPLINARE E SANZIONATORIO

8.1 Principi generali

Il presente sistema disciplinare è adottato ai sensi dell'art. 6, c. 2, lett. e) e dell'art. 7, c.4, lett. b) del D.Lgs. 231/2001 (in seguito Decreto). Il sistema stesso è diretto a sanzionare la violazione delle regole di comportamento previste nel Modello organizzativo (in seguito Modello), nel rispetto di quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria applicati al personale dipendente.
La violazione delle disposizioni contenute nel presente Modello costituisce per il personale dipendente violazione dell'obbligo di rispettare l'impostazione e la fisionomia propria della struttura, di attenersi alle disposizioni impartite dagli Organi di amministrazione secondo la struttura organizzativa interna e di osservare in modo corretto i propri doveri, così come è stabilito dai C.C.N.L di categoria.
Ai titolari dei poteri di direzione e vigilanza spetta l'obbligo di vigilare sulla corretta applicazione del Modello da parte dei sottoposti.
L'irrogazione di sanzioni disciplinari per violazione delle regole di comportamento indicate nel Modello prescinde dall'eventuale instaurazione di un procedimento penale e dall'esito del conseguente giudizio per la commissione di uno dei reati previsti dal Decreto ed è ispirata alla necessità di una tempestiva applicazione.

8.2 CRITERI GENERALI DI IRROGAZIONE DELLE SANZIONI

Nei singoli casi, il tipo e l'entità delle sanzioni sono determinati in proporzione alla gravità delle violazioni, tenuto conto anche degli elementi di seguito elencati:
a) rilevanza oggettiva delle regole violate: comportamenti che possono compromettere, anche solo potenzialmente, l'efficacia generale del Modello rispetto alla prevenzione dei reati presupposto;
b) elemento soggettivo della condotta: dolo o colpa, da desumersi, tra l'altro, dal livello di responsabilità gerarchica e/o tecnica o dalle precedenti esperienze lavorative del soggetto che ha commesso la violazione e dalle circostanze in cui è stato commesso il fatto;

c) reiterazione delle condotte;
d) partecipazione di più soggetti nella violazione.

8.3 SANZIONI PER I SOGGETTI DI CUI ALL'ART. 5, LETT. B) DEL DECRETO

A) AMBITO APPLICATIVO

Per persone sottoposte all'altrui direzione e vigilanza ai sensi dell'art. 5 lett. b) del Decreto, a cui si applica la presente sezione, si intendono tutti i soggetti appartenenti al personale dipendente, medico e non, nonché i medici non dipendenti a rapporto libero-professionale strutturati in organico.

B) LE VIOLAZIONI

Le sanzioni saranno applicate, oltre che per il mancato rispetto delpresente Modello, nel caso di:
a) sottrazione, distruzione o alterazione dei documenti previsti dalle procedure, finalizzate alla violazione e/o elusione del sistema di vigilanza;
b) omessa vigilanza da parte dei superiori gerarchici sui propri sottoposti circa la corretta ed effettiva applicazione del Modello.

C) LE SANZIONI PER IL PERSONALE DIPENDENTE

La commissione degli illeciti disciplinari sanziona, in conformità ai criteri generali di irrogazione delle sanzioni, con i seguenti provvedimenti disciplinari:
a) richiamo verbale;
b) richiamo scritto;
c) multa (nei limiti di quanto previsto dai rispettivi CCNL di categoria);
d) sospensione dal lavoro e dalla retribuzione (nei limiti di quanto previsto dai rispettivi CCNL di categoria);
e) licenziamento.

- ***Richiamo verbale***

La sanzione del richiamo verbale dovrà essere comminata nel caso di violazione colposa del Modello.

- ***Richiamo scritto***

La sanzione del richiamo scritto dovrà essere comminata nei casi di recidiva dell'ipotesi precedente.

- ***Multa***

La sanzione della multa dovrà essere applicata nei casi in cui, per il livello di responsabilità gerarchico o tecnico del soggetto responsabile della violazione o per altre circostanze, il comportamento colposo riguardi la violazione di una procedura che possa compromettere l'efficacia generale del Modello a prevenire gli specifici reati presupposto.

- ***Sospensione dal lavoro e dalla retribuzione***

La sanzione della sospensione dal lavoro e dalla retribuzione dovrà essere comminata nei casi di violazioni dolose del modello che non integrino reati presupposto, nonché nei casi di recidiva nella commissione di infrazioni da cui possa derivare l'applicazione della multa.

- ***Licenziamento***

La sanzione del licenziamento dovrà essere comminata per le violazioni dolose del Modello che integrino i reati presupposto e per altre violazioni così gravi da far venir meno il rapporto fiduciario con l'Ente e non consentire, pertanto, la prosecuzione neppure provvisoria del rapporto di lavoro.
I provvedimenti disciplinari sono adottati, anche su segnalazione e richiesta dell'Organismo di Vigilanza, ai sensi degli artt. 5, lettera b) e 7, comma 4, lett. b) del Decreto, da parte del Presidente del CdA, in conformità ai principi ed alle procedure di cui all'art. 7, L. 20 maggio 1970, n. 300

8.4 Sanzioni nei confronti del personale con rapporto libero professionale e dei fornitori

La violazione delle procedure del Modello Organizzativo integrato attinenti all'oggetto dell'incarico o alla effettuazione della prestazione comporta il non rinnovo del contratto alla sua naturale scadenza oppure la risoluzione di diritto del rapporto contrattuale, secondo quanto previsto dalle specifiche clausole contrattuali inserite nelle lettere di incarico o negli ordini ai fornitori.
Restano salvi, in ogni caso, gli ordinari rimedi civilistici in relazione alla risolvibilità dei contratti per inadempimento e l'eventuale richiesta da parte della Struttura del risarcimento dei danni subiti.

8.5 Sanzioni nei confronti dei componenti del consiglio di amministrazione

Alla notizia di violazione delle disposizioni e delle regole di comportamento del Modello integrato da parte di membri del Consiglio di Amministrazione, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e/o l'OdV dovranno tempestivamente informare dell'accaduto l'Organo di Controllo, se nominato, e la residua parte Consiglio di Amministrazione.
I membri dell'Organo di Controllo e del Consiglio di Amministrazione potranno assumere, secondo quanto previsto dallo Statuto, gli opportuni provvedimenti al fine di adottare le misure più idonee previste dalla legge, anche con applicazione analogica delle sanzioni previste per i dipendenti, compresa la revoca delle eventuali deleghe attribuite al membro o ai membri responsabili della violazione.

8.6 SANZIONI NEI CONFRONTI DEI MEMBRI DELL'ORGANO DI CONTROLLO

Alla notizia di violazione delle disposizioni e delle regole di comportamento del Modello integrato da parte dei membri dell'Organo di Controllo, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione o l'OdV dovranno tempestivamente informare dell'accaduto gli eventuali altri componenti dell'Organo di Controllo ed il Consiglio di Amministrazione.
I soggetti destinatari dell'informativa potranno così assumere, secondo quanto previsto dallo Statuto, gli opportuni provvedimenti tra cui, ad esempio, la convocazione dell'Assemblea dei Soci, al fine di adottare le misure più idonee previste dalla legge.

9. LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

9.1 INTRODUZIONE

Con l'adozione delle disposizioni che seguono, l'AIAS di Castelvetrano, intende ottemperare a quanto previsto dalla Legge 190/2012 "*Legge Anticorruzione*" definendo, in maniera integrata, i criteri di "*valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art.1 comma 5 della legge)*.
In tale contesto e sulla base di tali presupposti l'Ente ha ritenuto opportuno integrare il proprio sistema di controllo interno con il Piano di Prevenzione della Corruzione, pianificando nello specifico ulteriori misure idonee a prevenire i fenomeni di corruzione e di illegalità perpetrabili nel proprio contesto. Vengono, nel seguito, definite una serie di misure individuate alla luce delle indicazioni contenute nella normativa attualmente in vigore; tali misure potranno essere modificate e/o integrate nel corso del tempo in funzione dell'evoluzione normativa e del contesto nel quale opera l'Ente.
Premesse tali considerazioni, il presente Piano:

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

Nell'espletamento dei propri compiti il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e gli altri Organi di controllo garantiranno il necessario coordinamento, i compiti e le responsabilit riportati nelle successive pagine di questo documento.

9.2 LA LEGGE N. 190/2012

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

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

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

- Ridurre le opportunità che si verifichino casi di corruzione;
- Aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

9.3 IL RISCHIO DI CORRUZIONE NELLO SPIRITO DELLA LEGGE

Il concetto di corruzione da prendere a riferimento per la definizione dei Piani di Prevenzione della Corruzione ha un'accezione ampia, essendo comprensivo delle diverse situazioni in cui sia riscontrabile l'abuso da parte di un soggetto del potere/funzione a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti comprendono, infatti, non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si rilevi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo

10 - LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELL'AIAS DI CASTELVETRANO

10.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Dal punto di vista organizzativo, l'Ente si avvale di una struttura organizzativa imperniata sul principio della separazione delle funzioni e costituita dai seguenti organi:

- Assemblea dei Soci
- Consiglio di Amministrazione rappresentato dal Presidente
- Direttore Sanitario
- Organismo Responsabile della Qualità
- Organismo di Vigilanza
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- Responsabile della Trasparenza
- Revisore Contabile
- Responsabile Protezione dei Dati Personali.

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

10.2 RAPPORTI CON IL D.LGS. 231/2001

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

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

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

Va tenuto presente che le citate Linee Guida ANAC, stabiliscono che *"in una logica di coordinamento delle misure di semplificazione degli adempimenti, le società integrano il modello di organizzazione e gestione ex D.Lgs. n.231/01 con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità all'interno della società in coerenza con le finalità della legge n.190/12".*

Il combinato disposto tra D.Lgs. 231/2001 e il Piano di Prevenzione della Corruzione richiede la realizzazione delle seguenti attività:

a. individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione valutate in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni dell'Ente;

b. previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni dell'azienda in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;

c. individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;

d. previsione dell'adozione di un Codice di comportamento (che negli enti diversi dalle pubbliche amministrazioni può coincidere con il Codice Etico) per i dipendenti ed i collaboratori, che includa la regolazione dei casi di conflitto di interesse per l'ambito delle funzioni ed attività amministrative;

e. regolazione di procedure per l'aggiornamento del Modello 231 e del Piano di Prevenzione della Corruzione;.

f. previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello 231;

g. regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del Modello 231 e del Piano di Prevenzione della Corruzione;

h. programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;

i. introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel Modello 231 e nel Piano di Prevenzione della Corruzione.

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

- ✓ Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RpC);
- ✓ Individuazione e valutazione delle aree di rischio corruzione e delle aree strumentali che possano facilitare il manifestarsi di attività illecite;
- ✓ Predisposizione di specifiche procedure per implementare le azioni di prevenzione e controllo e per ridurre al minimo i fattori di rischio
- ✓ Pianificazione delle attività di monitoraggio
- ✓ Definizione dei flussi informativi verso l'Organismo di Vigilanza (di seguito anche "OdV") e

verso il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e dei rapporti tra questi due soggetti e relativa previsione di tutela del soggetto che segnala un illecito;

- ✓ Predisposizione, pianificazione ed erogazione delle attività di formazione in tale materia.

11. ELABORAZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO

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

a) mappatura, sulla base delle peculiarità organizzativo-gestionali della struttura, delle aree interne ed individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, valutate in relazione al contesto, all'attività ed alle funzioni;
b) accertamento del grado di rischio di commissione dei reati, contemplando la valutazione dei rischi;
c) determinazione per ogni area a rischio, delle eventuali esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, ovvero confronto dei risultati della "analisi dei rischi" con la migliore pratica, per l'individuazione delle aree di miglioramento;
d) definizione di piani di miglioramento a risoluzione dei principali gap individuati;
e) programmazione di interventi formativi rivolti al personale, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;
f) adozione di efficaci meccanismi di segnalazione di accertate o presunte violazioni delle regole;
g) definizione di flussi informativi al fine di consentire il monitoraggio sull'implementazione del Piano.

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

L'art. 1, comma 7, Legge 190/2012 prevede che l'organo di indirizzo politico di ciascun Ente destinatario della disposizione individui il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Nel caso di questo Ente, per organo di indirizzo politico deve intendersi il Consiglio di Amministrazione.

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

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

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

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

Il RPC sottopone il Piano di prevenzione della corruzione all'attenzione del CdA ai fini della sua adozione entro il 31 gennaio di ogni anno, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, c. 8, L. 190/2012.

Conseguentemente alla delibera ed entro il medesimo termine:

- è pubblicato sul sito internet dell'Ente all'interno della sezione "*Amministrazione Trasparente*";

- è data comunicazione della pubblicazione a tutto il personale dipendente ed ai collaboratori a cura del responsabile del Personale.

11.3 AGGIORNAMENTO DEL PIANO

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

- Implementare il Piano, migliorarne l'efficacia e l'effettività, soprattutto qualora si verifichino O K significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute;
- adeguare il Piano alle intervenute modifiche del quadro normativo e/o della struttura organizzativa dell'azienda.

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

11.4 SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e delle proprie mansioni ed incarichi svolti a qualsiasi titolo - sono, dunque, tenuti a rispettare rigorosamente le prescrizioni del presente piano e del Codice Etico nonché ad evitare comportamenti, anche omissivi, tali da impedire od ostacolare il rispetto del Piano ed i controlli relativi alla sua applicazione da parte del RPC.

Di seguito è riportata una sintesi dei compiti/responsabilità dei soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'AIAS di Castelvetrano.

A. *Presidente dell'Ente su deliberazione del CdA:*

- nomina il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
- approva il Piano della Prevenzione della Corruzione e il programma della Trasparenza
- all'atto della nomina del RPC, definisce anche la durata dell'incarico, che cessa per scadenza del termine alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della sua carica.

Il RPC può essere revocato solo per giusta causa; rimane fermo l'obbligo di rotazione e la conseguente revoca dell'incarico nel caso in cui, nei confronti del RPC, siano stati avviati provvedimenti penali per condotte di natura corruttiva. In tali casi, si applica la disciplina di cui all'art. 15 del d.lgs. 39/2013, che dispone la comunicazione all'A.N.A.C. della contestazione, affinché questa possa formulare una richiesta di riesame.

B. *Responsabile della Prevenzione della Corruzione*

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

- elaborazione ed aggiornamento della proposta del Piano, che viene adottato dal CdA entro il 31 gennaio di ogni anno;
- definizione del piano di formazione e individuazione dei soggetti da inserire nel piano di formazione;
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità;

- entro il 15 dicembre di ogni anno, redazione della Relazione recante i risultati dell'attività svolta, da inviare all' A.N.A.C. e, per quanto di rispettiva competenza, anche al CdA e all'OdV D.Lgs. 231/01;
- costante attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

C. *Responsabili delle aree a rischio di corruzione*

Ai responsabili delle Aree di attività dell'Ente ritenute a rischio di corruzione sono attribuite le seguenti responsabilità:

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

D. *Dipendenti e Collaboratori dell'Associazione*

I dipendenti ed i collaboratori interni ed esterni partecipano al processo di gestione del rischio osservando le misure contenute nel Piano e nei documenti ad esso collegati (Codice Etico, Procedure, Istruzioni Operative, etc.), segnalando eventuali situazioni di illecito e casi di conflitto di interesse che li riguardino al proprio responsabile, ed in ogni caso al RPC.

11.5 - TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALA GLI ILLECITI

Il dipendente che intende fare una segnalazione di illecito potrà inviarla a all'e-mail del RPC pubblicato sul sito o riferirla verbalmente al RPC o al proprio superiore gerarchico.
L'art. 54 bis del D.Lgs. n.165/2001, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. whistleblower, ha introdotto una misura di tutela del dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria ovvero riferisce al proprio superiore condotte illecite di cui sia venut8o a conoscenza nel rapporto di lavoro, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Al fine di evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli deve essere tutelato il suo anonimato. I soggetti che ricevono la omsegnalazione di illecito e coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione devono rispettare gli obblighi di riservatezza, salve le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbono essere effettuate. La violazione degli obblighi di riservatezza cporta responsabilità disciplinare e l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

11.6 AREE MAGGIORMENTE ESPOSTE A RISCHIO DI CORRUZIONE

In sede di analisi preventiva sono state individuate le aree maggiormente esposte al rischio di commissione di reati di natura corruttiva. Di seguito il livello di rischio rilevati nel corso dell'analisi suddiviso per attività e funzioni responsabili

Area di rischio	Processi/attività	Rischio specifico	Rischio	Soggetti coinvolti
Erogazioni prestazioni sanitarie in convenzione	Gestione delle liste di attesa	Mancata osservanza dell'ordine cronologico o dei criteri di priorità per favorire un paziente	Alto	Medici, Addetti alla accettazione
	Gestione dati sensibili	Comunicazione di dati sensibili dei pazienti e soggetti pazienti interessati ad iniziative di marketing promozionali	Alto	Personale sanitario, Responsabile protezione dati (R.P.D)
	Gestione di eventi diversi mancata segnalazione di fattori di rischio	Induzione a rendere dichiarazioni non veritiere per evitare sanzioni	Medio	Direttore Sanitario tutto il personale
	Gestione di contenzioso giudiziario con pazienti e familiari	Induzione a rendere dichiarazioni non veritiere per evitare condanna	Medio	Amministrazione, Direttore Sanitario, tutto il personale
Gestione del personale e dei collaboratori	Reperimento, selezioni ed assunzioni	Mancato rispetto della normativa e dei requisiti in cambio di utilità	Medio	Direttore Sanitario, Amministrazione
	Conferimento incarichi collaborazione di natura occasionale o coordinata e continuativa	Agevolazioni a soggetti particolari in base a motivazioni non veritiere o vaghe	Medio	Direttore Sanitario Amministrazione
	Corresponsione di premi premi ed incentivi economici	Mancato rispetto dei criteri stabiliti nel contratto	Basso	Amministrazione
	Provvedimenti disciplinari	Favoreggiamento a dipendente passibile di provvedimento disciplinare	Basso	Direttore Sanitario n aziendale interessato
Gestione dei fornitori di beni e servizi	Scelta del fornitore	Inserimento nell'albo dei fornitori in cambio di utilità	Basso	Responsabile amministrativo Amministrazione
	Definizione delle condizioni di acquisto	Definizione di condizioni più favorevoli per il fornitore rispetto alle condizioni esistenti sul mercato	Medio	Responsabile amministrativo
	Pagamento del fornitore	Riduzione del termine di pagamento della fattura	Basso	Responsabile amministrativo
Incarichi e nomine a soggetti esterni	Assegnazione e gestione di incarichi di consulenza e da collaborazione esterna	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo svolgimento della prestazione al fine evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto al fine di favorire il professionista	Basso	Settore aziendale interessato
	Rendicontazione del contratto	Omissione attività di controllo con conseguente effettuazione di pagamenti ingiustificati	Basso	Settore aziendale interessato
Attività degli enti esterni preposti al controllo e Alla vigilanza	Conduzione di Audit e verifiche	Corresponsione di utilità economica per ottenere azioni od omissioni al fine di eludere i controlli	Medio	Direttore Sanitario Amministrazione Responsabile servizi prevenzione e protezione RSPP

12.0 STRUMENTI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIOINE

12.1 INCIPI GENERALI

Le misure essenziali per la prevenzione del rischio di corruzione sono contenute nella normativa interna, in particolare nei seguenti documenti che tutti coloro che operano in nome e per conto dell'Associazione sono tenuti a conoscere, applicare e rispettare:

a. Modello di organizzazione, gestione e controllo

b. Codice etico

c. Politica della Qualità.

12.2 PROCEDURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'Associazione AIAS di Castelvetrano, al fine di prevenire il conflitto d'interesse, provvede a:

- effettuare controlli tramite verifiche dei titoli professionali di cui alle dichiarazioni prodotte *del*

ersonale sanitario laureato, mettendosi in contatto con le Università e gli Ordini Professionali,al fine di controllare la veridicità delle attestazioni suddette e il mantenimento della validità dei titoli;

- informare, con atto scritto sui rischi di corruzione tutto il personale e, in particolare, coloro che operano nei settori individuati dall'azienda come ad alto e medio rischio e, dunque, maggiormente esposti; a tal fine, acquisisce dai dipendenti le dichiarazioni di mancanza di conflitto d'interesse, diretto o mediato, nelle procedure cui sono preposti;
- informare con atto scritto, il personale in merito ai principi di legalità, trasparenza e correttezza e sull'obbligo di comunicare, con atto scritto, alla Direzione sanitaria ed al Legale rappresentante *pro tempore* dell'Ente eventuali modifiche della situazione relativa alla non incompatibilità, attestata al momento dell'inizio del rapporto, ai titoli posseduti, ad eventuali interessi sopravvenuti ed eventuali procedimenti penali in corso o all'emanazione di sentenze di condanne penali sopravvenute a suo carico. In suddetti casi, il legale rappresentante *pro tempore* avrà due settimane di tempo per assumere i provvedimenti conseguenti che riterrà necessari, compatibilmente ai principi di legge vigenti in materia di tutela del lavoro.

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

- Gestione delle Risorse Umane (sez.3-par.3.1-par.4.1- Manuale della qualità)
- Verifiche ispettive interne (Sez.5 - par.5.1.2- Manuale della qualità)
- Gestione dei rapporti con le Parti Interessate (Procedura 4-001-Approvvigionamento e gestione del magazzino- All. Manuale della Qualità)
- Gestione della non conformità (Sez.5-par5.2-Manuale della Qualità)
- Gestione e controllo delle infrastrutture (Sez.3-par3.2-Manuale della Qualità)
- Gestione del sistema informativo con nomina di un amministratore di sistema.
- Pianificazione processi per assicurare il miglioramento continuo del sistema di gestione della Qualità (SGQ)

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

12.3 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale costituisce una componente centrale del sistema di prevenzione della corruzione e tramite essa si intende assicurare la corretta e piena conoscenza dei principi, delle regole e delle misure contemplate dal Piano da parte di tutto il personale, anche in funzione del livello di coinvolgimento nei processi esposti al rischio di corruzione.
Il programma di formazione in tema di prevenzione della corruzione ha l'obiettivo di educare al tema della legalità d'impresa e dei comportamenti per radicareuna cultura della prevenzione.

13. LA TRASPARENZA

13.1 GLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, in vigore dal 23.06.2016, riguardante la revisione e la semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza nella PA, che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 in materia di trasparenza, all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione devono essere integrati anche gli elementi riguardanti il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

In particolare, si rammenta che, giusta delibera ANAC delibera n.1134 del 20.11.2017 ("Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e partecipati dagli enti pubblici economici") è stato chiarito che il nuovo quadro normativo si deve all'intervento del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, recante "revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", nonché al decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175, "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica", come modificato dal decreto legislativo 16 giugno 2017, n. 100.

L'AIAS considera la trasparenza come strumento fondamentale per un controllo diffuso da parte dei cittadini dell'attività, nonché elemento portante dell'azione di prevenzione della corruzione e della cattiva amministrazione.

L'accessibilità totale, anche attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale degli aspetti rilevanti dell'organizzazione, ha lo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'agire.

Il rispetto degli obblighi di trasparenza così intesa, è strumento di prevenzione e lotta alla corruzione, illegalità e cattiva amministrazione.

L'agire trasparente è elemento essenziale e parte integrante di ogni procedimento amministrativo e coinvolge direttamente ogni ufficio, al fine di rendere l'intera attività conoscibile e valutabile anche all'esterno.

L'immediata visibilità all'esterno dell'agire dell'ente, oltre a costituire un deterrente per potenziali condotte illegali o irregolari, determina infatti:

- ***Una chiara responsabilizzazione dei responsabili aziendali referenti per gli atti pubblicati;***
- **Un immediato riscontro sull'utilizzo delle risorse pubbliche;**
- **Un tempestivo e diffuso controllo da parte di terzi.**

13.2 SITO WEB

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa (L. 190/2012,D.Lgs. 33/2013, Determina dell'ANAC 1134/2017), l'Ente ha istituito sul sito web aziendale la pagina "**Società trasparente**" organizzata in base alle diverse sottosezioni e contenuto indicati nelle delibere ANAC. I documenti, le informazioni e i dati pubblicati sono oggetto di continua rivisitazione, integrazione e aggiornamento.

La pubblicazione deve avvenire secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati persona. Nei documenti destinati alla pubblicazione pertanto dovranno essere omessi dati personali eccedenti lo scopo della pubblicazione e i dati sensibili e giudiziari, in conformità al Nuovo Regolamento UE 2016/679, al D.lgs. 196/2003 (aggiornato con il D.Lgs. 101/2018) e alle Linee687i9 Guida del Garante sulla Privacy del 2 marzo 2011 e successive e più recenti.

13.3 TRASPARENZA E DISCIPLINA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679)

Il nuovo Regolamento Europeo (UE) 2016/679 (GDPR) emanato nel 2018 e il successivo D.Lgs. 101/2018 che adegua il Codice in materia di Protezione dei Dati Personali (il D.Lgs. 196/2003) costituiscono il riferimento normativo in materia di Trattamento dei dati personali.

Occorre evidenziare, che l'art. 2-ter del D.lgs. 196/2003, introdotto dal D.Lgs. 101/2018,in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso

all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento". Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che "La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1".

Pertanto, fermo restando il principio generale della trasparenza, occorre sempre, prima dimettere a disposizione sui propri siti web documenti contenenti dati personali, verificare che la disciplina in materia di trasparenza preveda l'obbligo di pubblicazione.

13.4 TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO

L'istituto dell'accesso civico è disciplinato dall'art. 5 del D.lgs. 33/2013, per il quale all'obbligo di pubblicare in "società trasparente" documenti, informazioni e dati, corrisponde "il diritto di chiunque" di richiedere gli stessi documenti, informazioni e dati nel caso ne sia stata omessa la pubblicazione.
Il D.lgs. 97/2016 ha confermato l'istituto potenziandolo, infatti, "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di
accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione" obbligatoria.
La norma, pertanto, conferma per ogni cittadino il libero accesso ai dati ed ai documenti elencati dal D.lgs. 33/2013, ed oggetto di pubblicazione obbligatoria, ed estende l'accesso civico ad ogni altro dato e documento ("ulteriore") rispetto a quelli da pubblicare.
La domanda di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti, ma non richiede motivazione alcuna.

13.5 RUOLI E RESPONSABILITA' DEL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

Il Responsabile per la trasparenza:
a) controlla che le misure del Programma siano coordinate con le misure e gli interventi del Piano di prevenzione della corruzione;

b) controlla ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;

c) svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;

d) assicura la chiarezza e la completezza delle informazioni pubblicate;

e) provvede all'aggiornamento del Programma
Il Responsabile della trasparenza adotta altresì misure di monitoraggio e vigilanza sugli obblighi di trasparenza con cadenza periodica, oltre che "ad evento", attraverso dei controlli interni e dei test a campione.
L'obiettivo delle attività in capo al Responsabile della Trasparenza è quello di adempiere agli obblighi di pubblicazione e aggiornamento dei dati nella sezione del sito internet denominata "Amministrazione trasparente".
Il Consiglio Direttivo delibera la nomina del Responsabile per la Trasparenza dell'Associazione.

13.6 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

Data la struttura organizzativa dell'Associazione e le peculiari caratteristiche del servizio espletato, risulta di difficile applicazione il principio della rotazione degli incarichi, considerando l'esiguo numero di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun servizio. La specializzazione delle mansioni risulta elevata e la rotazione comprometterebbe l'efficacia della

gestione amministrativa.
In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente e/o in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, il Presidente del CdA ha facoltà di adottare la sospensione del rapporto di lavoro o di collaborazione.

13.7 STRUMENTI DI CONTROLLO DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il sistema di gestione aziendale prevede l'effettuazione di sistematici audit interni finalizzati alla verifica della coerenza delle prassi e dei comportamenti del personale rispetto alle disposizioni contenute nelle procedure sopra richiamate.
In aggiunta a tali audit vengono condotte periodiche ispezioni da parte dell'Organismo di Vigilanza e del RPC, le cui risultanze sono formalizzate in appositi verbali e trasmesse al Presidente del CdA perché ne riferisca in Consiglio di Amministrazione.

14. ALLEGATI

1. Allegato N.1- Sez. N.2- delle linee Guida ISO 9004-Manuale della Qualità;
2. Allegato N.2- Sez. N.4- Linee Guida ISO 9004- Manuale della Qualità;
3. CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO.

Presidente del Consiglio Direttivo
Dott. Angela Maria Puleo