



P.I.A.O.

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2024-2026

RL 042



	Funzione	Firma
Preparazione	Direttore	F.to Dott. Badiale Mauro
Verifica	Direttore	F.to Dott. Badiale Mauro
Approvazione	Presidente	F.to Dott. Cavaler Guido Giorgio

Approvato con Delibera n. 3 del 20.02.2024



INDICE

PRESENTAZIONE DEL PIAO 2024-2026

Quadro normativo
Criteri di qualità
Struttura, contenuti, logica

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- 1.1. Integration team
- 1.2. Cronoprogramma

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

- 2.1 Valore pubblico
 - 2.1.1 Analisi del contesto esterno
 - 2.1.1.1 Andamento Criminalità a Verona e in Veneto
 - 2.1.2 Analisi del contesto interno
 - 2.1.2.1 Rischio corruzione - mappatura dei processi
 - 2.1.3 Analisi SWOT
 - 2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico 2024-2026
- 2.2 Performance
 - 2.2.1 Ciclo delle performance
 - 2.2.2 Performance organizzativa
- 2.3 Piano anticorruzione e trasparenza 2024-2026
 - 2.3.1 Analisi contesto interno ed esterno
 - 2.3.2 Metodologia di valutazione del rischio
 - 2.3.3 Valutazione e trattamento del rischio - misure generali
 - 2.3.4 Valutazione e trattamento del rischio - misure specifiche
 - 2.3.5 Misure di Trasparenza
 - 2.3.6 Monitoraggio
 - 2.3.7 Consultazione e comunicazione

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- 3.1 Struttura organizzativa
- 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile
- 3.3 Fabbisogno di personale
- 3.4 Formazione del personale

SEZIONE 4 MAPPATURA DEI PROCESSI

- 4.1 Mappatura integrata

SEZIONE 5 MONITORAGGIO

- 5.1 Monitoraggio integrato
- 5.2 Allegati monitoraggio

ALLEGATO “A” e ALLEGATO “B” PTPCT - PIAO 2024-2026



PRESENTAZIONE DEL PIAO 2024 -2026

QUADRO NORMATIVO

Il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO), introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, costituisce una guida per la programmazione, nell'ottica di semplificazione degli adempimenti a carico degli Enti, con una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Il PIAO ha come obiettivo la **qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa** attraverso il miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese con la **costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi** anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il DPR 81/2022 Regolamento "Assorbimenti", chiarisce gli adempimenti soppressi poiché assorbiti nelle sezioni del PIAO, ovvero: Piano dei fabbisogni di Personale (PFT), Piano delle Azioni Concrete (PAC), Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD), Piano delle Performance (PDP) e Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Piano di Azioni Positive (PAP) e Piano degli Obiettivi (PdO).

La norma prevede che, entro il **31 gennaio**, ogni amministrazione con più di 50 dipendenti (scuole escluse) adotti e aggiorni il proprio PIAO (art. 6, commi 1 e 4, del decreto legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113).

L'art. 8 del DM 132/2022 Regolamento «PIAO» stabilisce che in ogni caso di differimento del termine previsto a legislazione vigente per l'approvazione dei bilanci di previsione, il termine di adozione del PIAO, è differito di trenta giorni successivi a quello di approvazione dei bilanci.

Il PIAO viene pubblicato nel sito internet istituzionale ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) e ha durata triennale con aggiornamento con cadenza annuale.

CRITERI DI QUALITA'

Come richiesto dal DM 132/2022 il PIAO deve avere contenuto sintetico e descrittivo. Per questo motivo il presente documento, rispetto alla versioni precedenti, è stato oggetto di semplificazione, di selezione più accurata degli obiettivi di Valore pubblico, di performance, di indicatori, target e di maggiore funzionalità.

Il PIAO è coerente con il documento di programmazione finanziaria che ne costituisce il presupposto.

STUTTURA, CONTENUTI, LOGICA

Il PIAO è un documento integrato, approvato dal Consiglio di Amministrazione, che stabilisce alcuni obiettivi di Valore Pubblico, definiti dall'organo di indirizzo e perseguiti con strategie pluriennali.

In esso vengono indicati obiettivi di performance generali e specifici al raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico sopra citati. Contiene inoltre misure di gestione dei rischi corruttivi generali e relativi agli obiettivi di performance precedentemente stabiliti, che fungono da controllo del raggiungimento del VP.



Ulteriore leva di Valore Pubblico è la salute organizzativa e professionale dell'Ente, presupposto per aumentare la performance e diminuire i rischi corruttivi.

CHE COSA E' IL PIAO?

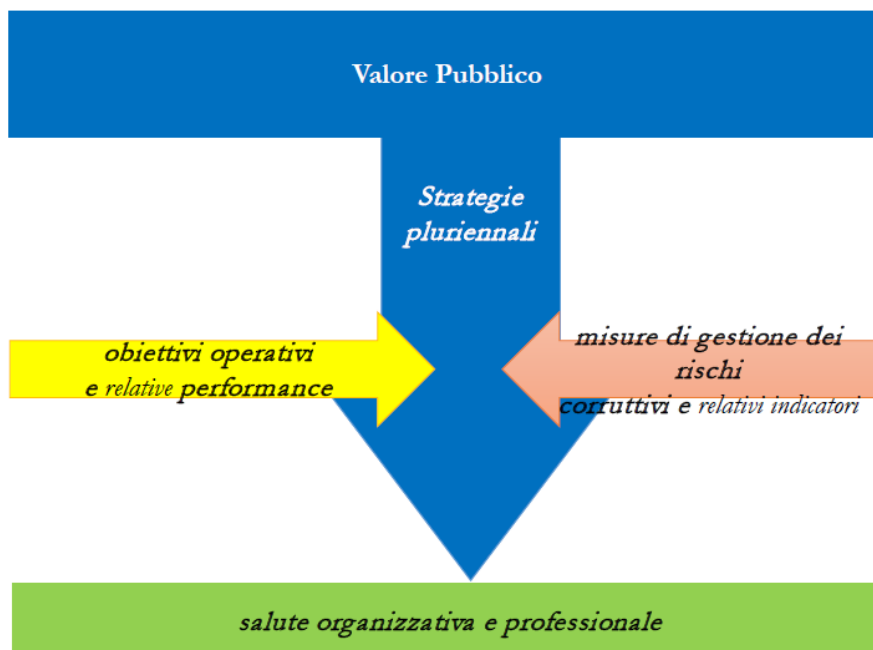


Immagine tratta dal modulo 1 corso OIV sul PIAO del CERVAP, Università di Ferrara, relatore prof. Enrico Deidda Gagliardo.

Si specifica graficamente e più in dettaglio l'articolazione delle sezioni previste nel presente PIAO.



Immagine tratta dal modulo 1 corso OIV sul PIAO del CERVAP, Università di Ferrara, relatore prof. Enrico Deidda Gagliardo.



SEZIONE 1



**SCHEDA
ANAGRAFICA**



SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione Ente	ISTITUTO PER ANZIANI "CASA DE BATTISTI"
Indirizzo	Via San Zeno 51, 37053 Cerea (VR)
Centralino	0442 80311
Sito Istituzionale	www.casadebattisti.eu
Indirizzo PEC	segreteria@pec.casadebattisti.eu
Partita Iva Ente	01207390236
Codice fiscale Ente	82001470234
Nome e Cognome RPCT	Badiale dott. Mauro
Data di nascita RPCT	30/01/1966
Qualifica RPCT	Segretario - Direttore
Data inizio incarico di RPCT	01/01/2023

L'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza denominata "ISTITUTO PER ANZIANI - CASA DE BATTISTI" era originariamente intitolata "Pia Casa di Ricovero" ed ha avuto origine dalla donazione fatta al Comune di Cerea dal parroco Rev. don Giuseppe De Battisti dell'ex palazzo De Medici. La stessa è stata quindi eretta quale I.P.A.B., ai sensi della legge Crispina n. 6972/1890, con Regio Decreto in data 21.05.1908.

L'Ente, in seguito, ha beneficiato di legati ed eredità che hanno contribuito alla costituzione di un cospicuo patrimonio. Il ricavato dell'alienazione di tale patrimonio ha reso possibile l'ammodernamento dell'intera struttura, adeguandola al mutare del concetto di beneficenza in quello ben più ampio di assistenza dell'anziano in genere.

L'Istituto per Anziani "Casa De Battisti" ha, per fine statutario, "lo scopo di provvedere nelle forme più idonee all'assistenza delle persone anziane, in condizioni di totale o parziale non autosufficienza".

L'Ente rivolge la maggior parte dei propri servizi ad anziani con perdita parziale o totale dell'autonomia e persegue, attraverso le forme ritenute più idonee, il benessere dell'anziano in regime di residenzialità, semiresidenzialità o domiciliarità da garantirsi anche attraverso appositi accordi/convenzioni con i comuni limitrofi.

I mezzi tendono a garantire sia fabbisogni primari, che possono trovare risposta di tipo alberghiero, sia fabbisogni che richiedono specifici programmi educativi, riabilitativi e di socializzazione.

Allo stato attuale l'Istituto è autorizzato dalla Regione Veneto e accreditato per:

- 140 posti letto Centro Servizi per Persone Anziane Non Autosufficienti;
- n.10 SAPA (Sezione Alta Protezione Alzheimer);
- n. 20 posti Casa per Persone Anziane Autosufficienti;
- n. 11 posti di Centro Diurno per Persone Anziane Non Autosufficienti.

L'Istituto è certificato UNI EN ISO 9001 dall'anno 2006. A maggio 2023 è stata confermata la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 per il seguente campo di applicazione: "Erogazione di servizi socio-sanitari e riabilitativi in regime di residenzialità e semi-residenzialità. Preparazione pasti con cucina interna per interni e conto terzi".



1.1 INTEGRATION TEAM

Il gruppo di lavoro per stabilire linee di indirizzo, redazione, verifica e/o monitoraggio del documento è costituito da:

- Consiglio di Amministrazione (CdA);
- Segretario-direttore (DIR), dott. Badiale Mauro;
- Responsabile Gestione Qualità (RGQ), dott.ssa Mella Chiara;
- Responsabile Ufficio Personale (PERS), dott. Mistura Paolo,
- Responsabile Ufficio Ragioneria (RAG), rag. Ambrosi Andrea,
- Responsabile Ufficio Appalti (APP), dott.ssa Frigo Cristina;
- Coordinatore (COORD), dott.ssa Betteghella Ramona;

Il documento richiede anche il coinvolgimento degli **STAKEHOLDERS (STK)** ovvero dei soggetti portatori di interessi, come ad esempio i residenti, i famigliari e il personale d'Istituto e del **NUCLEO DI VALUTAZIONE** dell'Ente. Quest'ultimo è chiamato a verificare:

- ✓ la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- ✓ i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.

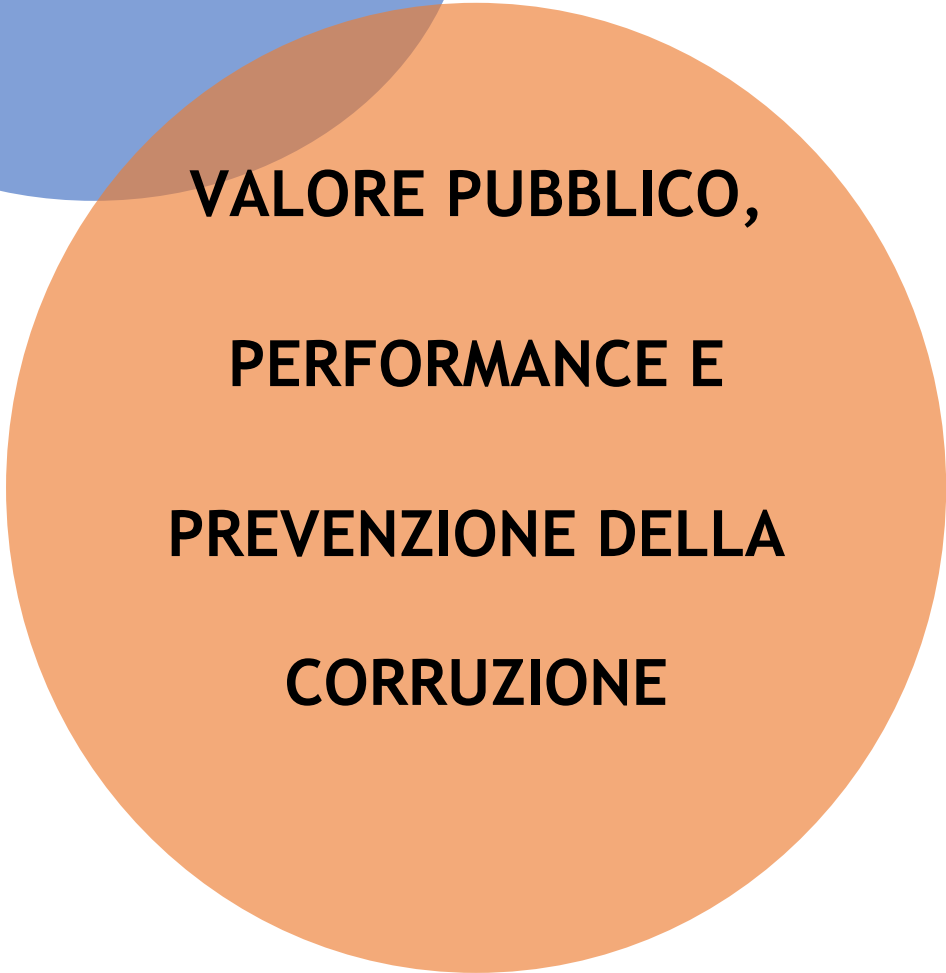
1.2 CRONOPROGRAMMA

Segue il cronoprogramma del gruppo di lavoro, suddiviso per mensilità e competenze:

	Monitoraggio	Introduzione e scheda anagrafica	Sottosezione e Valore Pubblico	Sottosezione Performance	Sottosezione anticorruzione	Sottosezioni organizzazione e capitale umano
Gennaio	DIR, RGQ, NV	RGQ	RGQ	RGQ	RGQ	PERS
Da Febbraio ad ottobre	UFFICI, COORD					
Novembre	UFFICI, COORD	RGQ	CDA, STK	DIR, RAG, RGQ, PERS	RGQ, APPALTI, PERS	PERS
Dicembre	UFFICI, COORD		CDA, DIR, RAG, RGQ, PERS			PERS, DIR, RGQ



SEZIONE 2



**VALORE PUBBLICO,
PERFORMANCE E
PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE**



2.1 VALORE PUBBLICO

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico, ovvero l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale a favore di utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Nella sezione VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE del presente PIAO sono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con il documento di programmazione finanziaria adottato dall'amministrazione.

Si riporta un modello di Valore Pubblico dove la salute delle risorse dell'organizzazione è condizione abilitante del VP, le Performance organizzative sono leve di creazione del VP e le Misure Anticorruzione e Trasparenza sono Leve di protezione del VP.

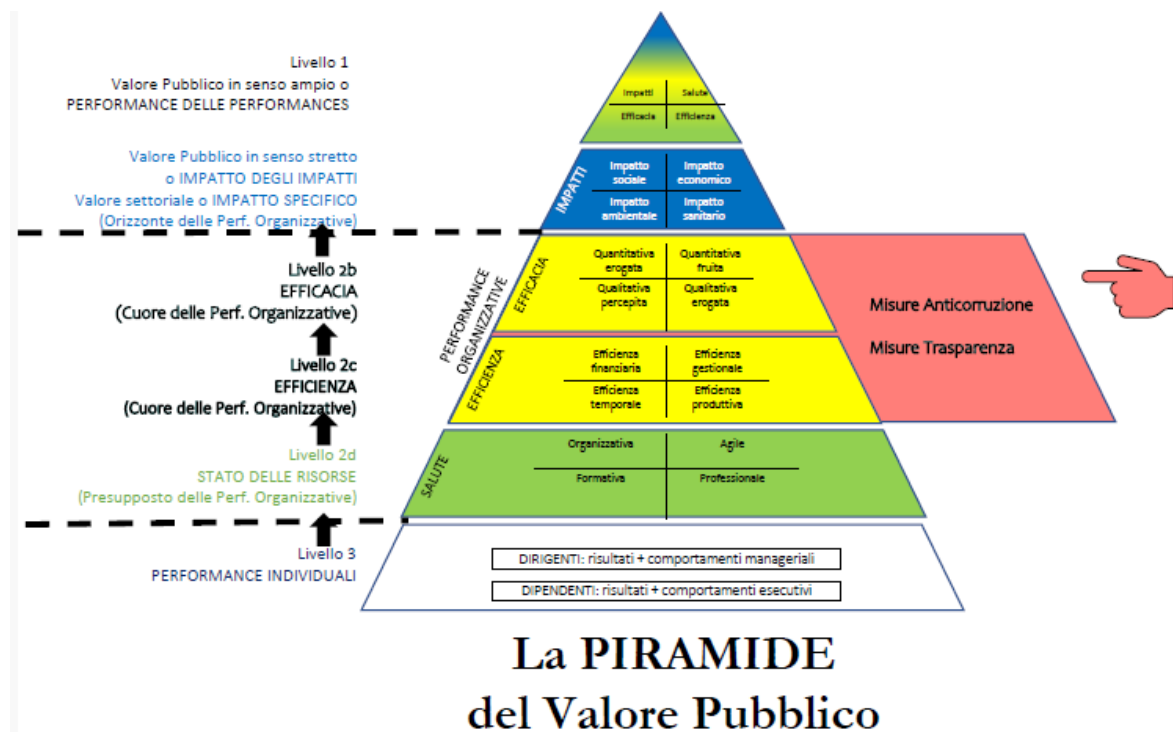


Immagine tratta dal modulo 2.2 corso OIV sul PIAO del CERVAP, Università di Ferrara, relatore prof. Enrico Deidda Gagliardo.

2.1.1 Analisi del contesto esterno

L'Istituto è sito nel Comune di Cerea (circa 15.500 abitanti), anche se il suo "bacino naturale" d'utenza comprende, almeno in parte, il Comune di Casaleone (circa 6.000 abitanti).

In realtà, grazie alla differenziazione dei servizi (residenziali, semiresidenziali, territoriali) ed, in particolare, alla specializzazione acquisita nell'ambito dell'assistenza ai malati di Alzheimer (SAPA), nonché grazie al cosiddetto principio della "libera scelta", alla data del 30.01.2023 gli ospiti dell'Istituto provenivano, per circa il 63 %, da comuni diversi da quelli sopra indicati. Complessivamente gli ospiti



presenti provenivano da 29 Comuni diversi, quasi tutti appartenenti al territorio di competenza dell'AULSS9 9.

Il Centro Servizi Residenziale si pone come servizio di riferimento socio assistenziale a favore di una molteplicità di richieste di supporto alle famiglie, provando a diversificare le risposte non solo in termini di accoglimento in Casa di Riposo, ma di offerta di servizi al territorio. Dall'anno 2022 il Centro Servizi sta gestendo il servizio domiciliare area anziani per conto del Comune di Cerea, grazie ad un accordo quadro sottoscritto tra le parti nel quale sono ricompresi una serie di servizi da attivare indicati anche nel Piano della domiciliarità 2.0 dell'Azienda ULSS. Da anni è attiva la convenzione con il Comune di Casaleone e la Cooperativa Sociale Anderlini per la fornitura di pasti a domicilio.

La situazione gestionale degli accoglimenti residenziali è resa a tratti complessa dalla disomogeneità delle procedure operative dei vari distretti che fanno parte dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, in particolare per i progetti SAPA, proposta poco conosciuta sul territorio ed altamente specifica.

A livello nazionale si assiste alla carenza di figure sanitarie (medici e infermieri) e assistenziali (OSS) da reclutare sul territorio. È ampiamente noto come l'Azienda Zero provveda a bandire periodicamente concorsi pubblici per l'assunzione di Infermieri e OSS destinati all'ambito ospedaliero, che vengono quindi sottratti alla dotazione di risorse umane operanti nei Centri Servizio in vista di migliori prospettive di carriera e retributive.

Un altro elemento di criticità a livello di contesto è la significativa concorrenza tra strutture pubbliche e private operanti nello stesso territorio, essendo i Centri Servizi inseriti in un sistema a libero mercato che però non è in grado di farli competere a parità di condizioni: infatti le strutture private hanno costi del personale inferiori rispetto alle pubbliche, con agevolazioni fiscali e contributive di gran lunga superiori rispetto alle Istituzioni Pubbliche.

La novità tecnologiche nel settore dell'assistenza e la richiesta di implementare la digitalizzazione impongono all'ente un continuo adeguamento dei propri sistemi a servizio dell'utenza.

Contesto economico e sociale

L'Italia risente delle conseguenze economiche della guerra Russia-Ucraina con le quali vi erano importanti accordi energetici e commerciali. L'aumento dei prezzi delle materie prime e delle bollette ha gravato sui cittadini, imprese, industrie ed Istituzioni. L'Istituto ha adeguato le proprie rette per l'anno 2023 con Delibera n. 36 del 22.12.2022.

2.1.1.1 Andamento Criminalità a Verona e in Veneto

Secondo i dati pubblicati sul quotidiano Arena il 28.01.2024, in Veneto da luglio 2022 a giugno 2023 i reati sono cresciuti dell'8%. I dati sono stati illustrati dal procuratore



generale di Venezia, Federico Prato, all'inizio dell'inaugurazione dell'anno giudiziario alla Corte d'Appello a Venezia. Sono in crescita i reati economici (come falso in bilancio o riciclaggio), saliti del 78%, dei reati informatici (+ 23%) e in materia di stupefacenti (+11%). Calano invece i reati commessi contro la pubblica amministrazione (- 24%), quelli in materia di criminalità organizzata (- 11%) e di terrorismo (-100%). Secondo il procuratore generale però "Questo dato può ritenersi sintomatico non certo di una diminuzione effettiva di fenomeni criminosi, ma della cronica difficoltà di emersione e di accertamento probatorio di tale tipologia di crimini, che è direttamente proporzionale alla carenza degli organici degli uffici requirenti di primo grado e alla sempre maggiore farraginosità della normativa processuale, con particolare riferimento alla materia delle intercettazioni". Trend in calo anche per i reati in materia di edilizia e urbanistica (-6%).

Il procuratore Prato definisce "costante" la presenza del fenomeno della criminalità organizzata in territorio veneto. "Le indagini svolte e le sentenze emesse dai tribunali, in parte già confermate dalla Corte d'Appello, restituiscono la mappa territoriale che vede prevalentemente l'aggressione delle province di Padova, Venezia, Verona e in misura minore Vicenza." La spartizione territoriale vede dominante la criminalità calabrese 'ndranghetista nelle province di Padova, Verona e Vicenza, mentre il fenomeno camorristico interessa la provincia di Venezia nel settore Orientale. Nel centro storico di Venezia la Mala del Brenta avrebbe preso di mira il settore del trasporto con gondole attraverso vari episodi di estorsioni.

Si riportano le due tabelle pubblicate in data 28.01.2024 dal quotidiano L'Arena che illustrano l'andamento della criminalità in provincia di Verona e in Veneto.

L'andamento della criminalità in Veneto e a Verona

I DATI VERONESI

■ 2023 ■ 2022

■ CRIMINALITÀ ORGANIZZATA	38	27
■ Associazione a delinquere	35	26
■ Associazione mafiosa	3	1
■ REATI CONTRO IL PATRIMONIO	1769	1665
■ Furti in abitazione	983	973
■ Rapine	450	378
■ DELITTI CONTRO LA LIBERTÀ SESSUALE E STALKING	522	411
■ Violenza sessuale	195	176
■ Atti persecutori	298	205
■ FALSO IN BILANCIO E BANCAROTTA FRAUDOLENTA	368	178
■ REATI IN MATERIA DI STUPEFACENTI	637	568

FONTE: Procura di Verona

Quotidiano L'Arena 28.01.2024



I DATI VENETI

ISCRIZIONI (PER TIPOLOGIE DI REATO)

CATEGORIA DI REATO	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
	N.	N.	N.	N.
Reati contro la PA	233	160	152	115
Criminalità organizzata	150	140	122	109
Omicidio	116	97	95	117
Omicidi e lesioni colpose-procedimenti	2.558	2.447	2.689	2.619
Reati contro il patrimonio	8.238	8.323	10.150	10.314
Reati terrorismo	6	5	4	0
Delitti contro la libertà sessuale e stalking	2.393	2.352	2.441	2.613
Reati di pedofilia e pedopornografia	280	537	445	385
Reati economici	1.307	964	829	1.479
Reati informatici	8.329	5.673	4.384	5.371
Reati frodi comunitarie	34	29	42	2
Reati in materia di inquinamento	689	631	589	543
Reati di edilizia e urbanistica	968	986	1.007	948
Reati tributari	1.722	1.343	1.053	1.156
Reati in materia di stupefacenti	4.171	3.933	3.431	3.810
TOTALE REATI	31.194	27.620	27.433	29.581

Wihub

Quotidiano L'Arena 28.01.2024

Possiamo concludere che la filiera dell'attività criminale per quanto riguarda l'Istituto potrebbe interessare il settore legato ai lavori pubblici nel caso in cui debbano essere effettuati interventi di riqualificazione e manutenzione straordinaria dei beni immobili di proprietà dell'Ente.

2.1.2. Analisi del contesto interno

L'analisi della struttura organizzativa dell'ente è dettagliata alla sottosezione ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.

Prendendo in considerazione i fattori interni che condizionano in maniera importante l'attuale gestione dell'Ente, essi possono essere così riassunti:

- a) Le condizioni strutturali dell'edificio necessitano di importanti lavori di ristrutturazione e adeguamento. L'Amministrazione ha già dato approvazione ad un progetto di fattibilità degli interventi, ma la realizzazione dei lavori di miglioramento ambientale partirà nei prossimi mesi.
- b) E' necessario intraprendere con l'Azienda ULSS un percorso di rivisitazione del servizio SAPA, alla luce delle problematiche di gestione che tale servizio di natura temporanea manifesta da tempo e della natura di tipo sperimentale con standard e caratteristiche ormai obsoleti (la normativa regionale di riferimento è dell'anno 2003). L'Istituto è dal 2001 specializzato nella gestione di persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento.
- c) Alcuni servizi importanti dell'ente risultano a gestione esterna, come ad es. il servizio assistenziale di due nuclei e il servizio di lavanderia. Quest'ultimo è



stato un elemento di forte impatto negativo per l’Ente, che ha comportato la registrazione di numerosi reclami o segnalazioni di malfunzionamento.

- d) L’elevato turn-over di personale che decide di trasferire la propria attività lavorativa presso l’ambito della Sanità: tale situazione è una diretta ripercussione della problematica di contesto esterno già discussa sopra.

2.1.2.1 Rischio corruzione - mappatura dei processi

L’analisi del contesto interno deve necessariamente avere riguardo agli aspetti legati all’organizzazione e alla gestione operativa - per processi - che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione.

La struttura organizzativa viene analizzata nella sua complessità attraverso la “MAPPATURA DEI PROCESSI” ovvero la ricerca e descrizione dei processi attuati all’interno dell’Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l’accezione ampia contemplata dalla normativa e dal PNA. La mappatura dei processi è stata effettuata con riferimento a tutte le aree che comprendono ambiti di attività che la normativa e il PNA considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni e saranno valutati nella sezione **ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2024-2026**. Esse sono:

- Acquisizione e progressione del personale
 1. Reclutamento
 2. Progressioni di carriera
 3. Conferimento di incarichi di collaborazione

- Affidamento di lavori, servizi e forniture
 1. Definizione dell’oggetto dell’affidamento
 2. Individuazione dello strumento/istituto per l’affidamento
 3. Requisiti di qualificazione
 4. Requisiti di aggiudicazione
 5. Valutazione delle offerte
 6. Verifica dell’eventuale anomalia delle offerte
 7. Procedure negoziate
 8. Affidamenti diretti
 9. Revoca del bando
 10. Redazione del cronoprogramma
 11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
 12. Subappalto
 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

- Accoglimenti in istituto attraverso lo scorrimento delle graduatorie dell’ULSS 9 e trasferimenti da altri istituti;

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

A completamento dell’analisi del contesto interno, di seguito si riporta l’unita Tabella, riferita alla situazione degli ultimi **cinque anni**, rapportata sia alla componente degli organi politici che alle strutture burocratiche dell’ente, riguardanti i reati contro la



Pubblica Amministrazione (Libro Secondo, Titolo II, Capo I del codice penale), nonché reati di falso e truffa:

TIPOLOGIA	NUMERO
1. Sentenze passate in giudicato a carico di dipendenti	0
2. Sentenze passate in giudicato a carico di amministratori	0
3. Procedimenti giudiziari in corso a carico di dipendenti	0
4. Procedimenti giudiziari in corso a carico di amministratori	0
5. Decreti di citazione in giudizio a carico di dipendenti	0
6. Decreti di citazione in giudizio a carico di amministratori	0
7. Procedimenti disciplinari conclusi a carico di dipendenti	0

ALTRE TIPOLOGIE (Corte dei conti, Tar)	NUMERO
1. Procedimenti conclusi per responsabilità amministrativa/contabile (Corte dei conti) a carico di dipendenti	0
2. Procedimenti conclusi per responsabilità amministrativa/contabile (Corte dei conti) a carico di amministratori	0
3. Procedimenti aperti per responsabilità amministrativa/contabile (Corte dei conti) a carico di dipendenti	0
4. Procedimenti aperti per responsabilità amministrativa/contabile (Corte dei conti) a carico di amministratori	0
5. Ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici	0
6. Segnalazioni di illeciti pervenute anche nella forma del <i>whistleblowing</i>	0

ALTRE TIPOLOGIE (segnalazioni controlli interni, revisori)	NUMERO
1. Rilievi non recepiti da parte degli organi del Controllo interno	0
2. Rilievi non recepiti da parte dell'organo di revisione	0
3. Rilievi, ancorché recepiti, della Corte dei conti - sezione regionale del Veneto	0

2.1.3 Analisi SWOT

La sottostante analisi SWOT illustra sinteticamente il contesto esterno ed interno in cui si trova ad operare la struttura ed elenca i principali punti di forza e debolezza:

ANALISI SWOT DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO	
<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collocazione strategica dell'Istituto rispetto alle richieste di ingresso; - Erogazione di servizi al territorio grazie ad accordi e convenzioni con i comuni limitrofi; - Servizi strutturati per la gestione delle persone affette da demenza; - Varietà della tipologia di servizi erogati: accoglienza diurna, temporanea o definitiva; - Servizi pubblici facilmente usufruibili con possibilità di ampio parcheggio; - Certificazione di qualità (UNI EN ISO 9001); - Cartella socio sanitaria informatizzata; 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disomogeneità delle procedure operative tra i vari distretti, in particolare per gli accoglimenti SAPA; - Carenza sul mercato di personale infermieristico, assistenziale e medico; - Concorrenza strutture pubbliche e private sul territorio; - Turnover del personale (legato in particolare alla fuga verso l'ULSS); - Necessità di implementazione dei sistemi informatici e degli ausili per non autosufficienti;



<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con servizio di volontariato e Croce Rossa per iniziative rivolte agli ospiti. - Presenza di ampio giardino esterno disponibile per gli ospiti e i famigliari in visita. - Buon livello di comunicazione rapida alle famiglie grazie a supporti tecnologici e social; - Possibilità per il familiare di partecipare alle Unità Operative Interne; - Sito internet accessibile e aggiornato. 	<ul style="list-style-type: none"> - La struttura necessita di importanti lavori di ristrutturazione e adeguamento; - Problematiche gestione nucleo SAPA; - Esternalizzazione di alcuni servizi essenziali; - Insoluti legati all'impoverimento della popolazione. - Aumento rette di degenza per far fronte all'aumento delle spese.
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di avere servizi diversificati in ragione dei bisogni assistenziali della persona anziana in condizione di non autosufficienza; - Fungere da riferimento sul territorio sul versante della non autosufficienza, aumentando la gamma di servizi offerti e offrendo continuità sul percorso di cura; - Coinvolgere gli stakeholders (utenti e famigliari) per finalizzare la proposta di servizi e rispondere meglio alle esigenze dell'utenza. - Migliorare l'aspetto ambientale dell'Ente al fine di aumentare la sicurezza della persona accolta e la sua qualità di vita; - Promuovere l'adeguamento all'innovazione tecnologica e digitale; - Perseguire l'efficientamento energetico in vista di una maggiore sostenibilità ambientale. - Considerare l'internalizzazione di un numero crescente di servizi. 	<p style="text-align: center;">RISCHI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rischio clinico socio-assistenziale - Rischio manageriale o rischio d'impresa - Rischio biologico - Rischio organizzativo - Rischio reputazionale (trasparenza, sito, riunioni, progetti condivisi) - Rischio corruzione

2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico 2024-2026

Relativamente all'anno 2024-2026 l'ente ha quindi deciso di perseguire tre obiettivi di valore pubblico in coerenza con quanto stabilito nel documento di programmazione strategica e finanziaria.

Per ciascuno di questi il CdA ha definito specifiche linee strategiche di sviluppo che costituiscono obiettivi di performance e i tempi (target) per il loro completamento. Ogni obiettivo è misurato da specifici indicatori che verranno descritti nella sezione Performance.

**VALORE PUBBLICO 2024-2026**

	Definizione obiettivi di Valore Pubblico (VP)	Linee strategiche di sviluppo dell'IPAB	TARGET		
			2024	2025	2026
VP 1	Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stakeholders, attraverso un aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa (V. delibera n. 15 del 02.10.2023).	100%		
		Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale.	90%	10%	
		Cambio arredamento reparto Anderlini (sistemazione n. armadi stanze)	33%	33%	34%
		Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini		50%	50%
		Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	50%	50%	
VP 2	Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico , migliorando i consumi, evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico	100%		
		Ampliamento impianto fotovoltaico		100%	
		Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini	50%	50%	
VP 3	Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.	100%		
		Copertura WiFi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.	100%		
		Ristrutturazione con progetto antisismico.	50%	50%	
		Sollevatori a soffitto per reparto Anderlini		100%	



	Definizione obiettivi di Valore Pubblico (VP)	Linee strategiche di sviluppo dell'IPAB	TARGET		
			2024	2025	2026
VP 1	Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stakeholders , attraverso un aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa (V. delibera n. 15 del 02.10.2023).	100%		
		Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale.	90%	10%	
		Cambio arredamento reparto Anderlini (sistemazione n. armadi stanze)	33%	33%	34%
		Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini		50%	50%
		Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	50%	50%	
VP 2	Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico, migliorando i consumi, evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico	100%		
		Ampliamento impianto fotovoltaico		100%	
		Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini	50%	50%	
VP 3	Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.	100%		
		Copertura WiFi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.	100%		
		Ristrutturazione con progetto antisismico.	50%	50%	
		Sollevatori a soffitto per reparto Anderlini		100%	



2.2. PERFORMANCE

2.2.1 CICLO DELLA PERFORMANCE

Il ciclo della performance si basa sul modello PDCA (Plan - Do - Check - Act) che è un percorso dinamico, finalizzato al miglioramento continuo e adottato dal sistema gestione qualità dell’Ente come descritto nel Manuale Qualità vigente. Può essere applicato sia al singolo processo sia alla rete di processi. Il ciclo è strettamente associato con la pianificazione, l’attuazione, il controllo ed il miglioramento continuo dei processi di realizzazione del servizio e, più in generale, di quelli relativi al sistema di gestione per la qualità, da estendersi anche all’ambito del performance management come segue:



Immagine tratta dal modulo 3.2 corso OIV sul PIAO del CERVAP, Università di Ferrara, relatore prof. Enrico Deidda Gagliardo.

Nella fase della **programmazione** l’Amministrazione definisce gli obiettivi specifici che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo, in coerenza con gli obiettivi generali.

Tale fase serve ad orientare le performance individuali in funzione delle performance organizzative attese e queste ultime in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari, esterni ed interni, delle politiche e dei servizi.

Nella fase della **gestione**, l’Amministrazione deve svolgere le proprie attività in linea con gli obiettivi, gli indicatori e le tempistiche definite in sede di programmazione, andando a rilevare il livello di avanzamento dei risultati rispetto agli obiettivi.

Nella fase della **misurazione** si quantifica - tramite indicatori - A) il livello di raggiungimento dei risultati dell’Amministrazione e degli impatti prodotti su utenti e



stakeholder (valore pubblico); B) i contributi delle articolazioni organizzative centrali e periferiche, dei processi o dei progetti (performance organizzative); C) i contributi individuali (performance individuali).

Nella fase della **valutazione** si analizzano e si interpretano i risultati misurati (e gli eventuali scostamenti) rispetto a obiettivi e target, cercando di comprendere i fattori di contesto (interni o esterni) che possono aver influito sull’allineamento o sullo scostamento. Ciò, anche al fine di apprendere per migliorare nel successivo ciclo della performance.

Le fasi di misurazione e di valutazione hanno come output la **rendicontazione** che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati.

Nella fase di **valorizzazione** si traducono in premi e sanzioni le valutazioni effettuate precedentemente.

A valle della misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati occorre trarre insegnamento dagli scostamenti e rialimentare in maniera virtuosa il ciclo successivo, apportando opportune **azioni correttive**.

Si specifica che la **performance individuale** è il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell’organizzazione.

La **performance organizzativa** permette di programmare, misurare e poi valutare come l’organizzazione, consapevole della quantità e della qualità delle risorse a disposizione (stato delle risorse e salute dell’amministrazione) utilizza le stesse in modo economico (economicità) e razionale (efficienza) per erogare servizi adeguati alle attese degli utenti (efficacia), al fine ultimo di creare Valore Pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder (impatto). Economicità, efficienza ed efficacia sono quindi il cuore delle Performance Organizzative.

2.2.2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tale piano contiene obiettivi di performance organizzativa:

- **STRATEGICI** assegnati dal Consiglio di Amministrazione alla DIREZIONE che saranno valutati nel loro raggiungimento dall’apposito Nucleo di Valutazione;
- **GENERALI** del personale dipendente facenti parte del Sistema Gestione Qualità; questa sezione contiene inoltre obiettivi **TRASVERSALI** di “semplificazione”, “piena accessibilità”, “pari opportunità ed equilibrio di genere”.
- **SPECIFICI** assegnati dalla Direzione e dalla stessa valutati nel loro raggiungimento nei confronti delle figure di staff.

Gli obiettivi specifici della Performance Organizzativa triennio 2024/2026, unitamente alle linee strategiche per il loro raggiungimento, sono stati programmati dal CdA dell’Istituzione nel bilancio di previsione 2024, al fine della loro sostenibilità economica e di una logica integrata di perseguimento del Valore Pubblico.



Secondo il sistema di valutazione del personale vigente, il punteggio da attribuire alla completa realizzazione degli obiettivi di performance organizzativa è di 70 punti.

Per le figure responsabili di risultato (non di rilevazione) di obiettivi GENERALI E SPECIFICI bisogna considerare una suddivisione del peso del punteggio complessivo per ciascun obiettivo.

OBIETTIVI STRATEGICI ATTRIBUITI AL DIRIGENTE

In coerenza con il documento di programmazione strategica del bilancio di previsione 2024, i tre macro-obiettivi di Valore Pubblico stabiliti per il triennio 2024-2026 sono da intendersi come OBIETTIVI GENERALI assegnati dal Consiglio di Amministrazione alla DIREZIONE, ovvero:

	OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO	ENTRO	PESO
VP1	Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stakeholders, attraverso un aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione.	2026	33%
VP2	Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico, migliorando i consumi, evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale.	2025	33%
VP3	Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE.	2025	34%

In particolare, all'interno dell'obiettivo VP3 è affidata direttamente alla Direzione la linea strategica di gestione del progetto di ristrutturazione di parte dell'edificio con adeguamento antisismico.

Oltre agli obiettivi di cui sopra, il Consiglio di Amministrazione potrà concordare con il Direttore la variazione e/o l'integrazione con altri obiettivi identificati nel corso dell'anno di comune rilievo.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - OBIETTIVI GENERALI e TRASVERSALI

Per la maggior parte del personale la performance organizzativa 2024 viene progettata sulla base degli obiettivi ed indicatori facenti parte del Sistema Gestione Qualità, che saranno divulgati a breve come documenti in uscita dal Riesame della Direzione 2023 al personale dipendente.

Questi sono stati integrati da obiettivi generali e trasversali alla creazione di Valore Pubblico come: SEMPLIFICAZIONE, PARI OPPORTUNITA' ed EQUILIBRIO DI GENERE, PIENA ACCESSIBILITA'.

Gli obiettivi di DIGITALIZZAZIONE ed EFFICIENTAMENTO ENERGETICO sono inclusi tra i tre obiettivi di valore pubblico specifici trattati in seguito.



N	Obiettivo Qualità	Area/ Servizio	N	Indicatore	Processo di riferimento	Valore Soglia Indicatore	Responsabile Indicatore e/o Rilevazione	Frequenza Monitoraggio Indicatore	Criteri
1	Gestione delle risorse umane in ottica di una riduzione dei costi e di un aumento della professionalità	Area amministrativa	1	Indice di formazione/aggiornamento	Gestione delle risorse	>1%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di ore di formazione rapportate al numero di ore lavorative
			2	Indice di formazione/aggiornamento	Gestione delle risorse	>75%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di dipendenti che hanno fatto corsi di formazione durante l'anno
			3	Indice di turnover dei dipendenti	Gestione delle risorse	2% < x < 10%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di dipendenti che hanno lasciato il lavoro rapportato al numero totale
			4	Indice di assenza dei dipendenti	Gestione delle risorse	< 15%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale totale di ore di assenza rapportate al numero di ore potenzialmente lavorabili
2	Regolamentazione LAVORO AGILE	Salute organizzativa	1	Regolamentazione Lavoro Agile	Gestione delle risorse	SI / NO	Uff. Personale	2024	Preparazione bozza per Regolamento Lavoro Agile da approvare a cura del CdA
3	Pianificazione incontri di nucleo	Socio Assistenziale e sanitario	1	Numero di incontri di nucleo e con il personale infermieristico effettuati	Assistenziale	> 10	RdN e Coordinatore	Semestrale	Numero di incontri di nucleo effettuati in un anno
4	Efficace monitoraggio del servizio di assistenza in appalto	Socio Assistenziale e sanitario	1	Numero di verifiche/incontri sulla gestione dei nuclei in appalto	Assistenziale	≥ 1	RGQ	Trimestrale	N. di non conformità al capitolato, indicazioni operative riscontrate e/o verifiche svolte/anno
5	Formulare i PAI in ottica di un lavoro per progetti, multidisciplinare e multidimensionale	Servizio psicologico	1	PAI Elaborati	Assistenziale	≥ 100%	Psicologo	Annuale	Percentuale di PAI elaborati/verificati sul numero di residenti che rimangono in struttura almeno 2 mesi
			2	Presenza famigliari alle UOI sugli ospiti	Assistenziale	>60%	Psicologo	Annuale	Percentuale di PAI ai quali hanno partecipato i famigliari invitati in presenza o in collegamento.
6	Efficace monitoraggio dello stato cognitivo, funzionale e comportamentale degli utenti del progetto SAPA	Servizio psicologico	1	Indice di valutazione dello stato cognitivo, funzionale e/o comportamentale degli anziani inseriti nel progetto SAPA.	Assistenziale	100%	Psicologo	Annuale	Percentuale di valutazione dello stato cognitivo, funzionale e/o comportamentale degli anziani inseriti nel progetto SAPA / totale transitati SAPA.



7	Presa in carico psicologica	Servizio psicologico	1	Indice di presa in carico specialistica dei residenti non autosufficienti	Assistenziale	90%	Psicologo	Trimestrale	Rapporto percentuale di presa in carico (indicazioni, consegne, monitoraggio comportamentale ecc.) per utenti non autosufficienti.
8	Efficace monitoraggio e valutazione dell'utenza con problemi alimentari	Servizio Logopedico	1	Indice di presa in carico specialistica di ospiti con sintomi di disfagia nella struttura	Assistenziale	> 15%	Logopedista	Semestrale	Rapporto percentuale fra il numero di valutazioni effettuate e il numero di ospiti che hanno transitato in struttura non autosufficienti
9	Attivazione di un sistema di valutazione e monitoraggio dell'utenza con problemi motori	Servizio Riabilitativo	1	Indice di presa in carico dell'utenza	Assistenziale	100%	FKT	Trimestrale	Percentuale di utenti presi in carico dal servizio riabilitativo (valutazione, indicazioni, ausili).
			2	Indice di valutazione dello stato funzionale degli utenti nuovi entrati	Assistenziale	90%	FKT	Trimestrale	Percentuale di valutazioni funzionali dei nuovi entrati con compilazione Barthel.
			3	Indice di interventi da parte del servizio riabilitativo sull'utenza	Assistenziale	>50%	FKT	Trimestrale	Numero di anziani che svolgono trattamenti e/o attività motoria in rapporto al n. utenti (includere interventi di gruppo).
10	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle contenzioni fisiche nei reparti demenze	Servizio Infermieristico ed Assistenziale	1	Indice di assenza totale (diurna e notturna) di contenzioni all'interno del reparto Alzheimer	Assistenziale	>10%	Infermiere, OSS (Coordinatore per rilevazione)	Semestrale	Percentuale di ospiti del reparto Alzheimer senza nessuna prescrizione di contenzione fisica sul numero di ospiti transitati nel reparto Alzheimer
			2	Indice di ospiti non contenuti durante il giorno nei reparti Montagnoli e Alzheimer	Assistenziale	>65%	Infermiere, OSS (Coordinatore per rilevazione)	Semestrale	Percentuale di ospiti dei reparti Montagnoli e Alzheimer senza nessuna prescrizione di contenzione fisica diurna sul numero di ospiti transitati nei due reparti
11	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle lesioni da pressione	Servizio Infermieristico	1	Indice di presenza di lesioni da pressione in struttura	Assistenziale	< 30%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Numero di anziani che presenta lesioni da pressione insorte in struttura rapportato al numero di ospiti non autosufficienti transitati nel periodo
12	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle cadute accidentali a carico dell'utenza	Servizio Infermieristico	1	Indice di cadute	Assistenziale	< 20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti caduti sul numero di anziani in struttura
			2	Indice di cadute	Assistenziale	< 40%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Rapporto fra il numero di scheda cadute e il numero di anziani in struttura
			3	Analisi cause cadute	Assistenziale	≥ 50%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di cadute in cui è possibile risalire alla causa scatenante



13	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle infezioni	Servizio Infermieristico	1	Indice infezioni urinarie	Assistenziale	<20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con infezioni alle vie urinarie sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
			2	Indice infezioni	Assistenziale	<50%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con infezioni non urinarie sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
14	Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'uso di catetere vescicale	Servizio Infermieristico	1	Indice utilizzo catetere vescicale	Assistenziale	<20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con cateteri vescicali posizionati in struttura sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
15	Monitoraggio attività di animazione	E.P.A.	1	Partecipazione utenza a progetti animativi	Assistenziale	≥1	EPA	Annuale	Relazione Annuale descrittiva delle attività svolte nell'anno trascorso con descrizione del grado di partecipazione dei residenti e del loro gradimento. Proposte per l'anno a venire.
			2	Pubblicazione giornalino "L'Arca"	Assistenziale	≥4	EPA	Annuale	N. pubblicazioni giornalino / anno (almeno 4)
16	Monitoraggio bagni	Area Socio Assistenziale	1	Effettuazione dei bagni agli ospiti	Assistenziale	≤ 1,02	OSS/ RDN / COORD	Trimestrale	Rapporto fra numero di bagni da fare e numero di bagni effettuati
17	Valutazione in ingresso abilità residue	Area Socio Assistenziale	1	Compilazione scheda Barthel funzionale CBA	Assistenziale	90%	RDN / FKT	Semestrale	Compilazione Barthel funzionale per nuovi ingressi
18	Prevenzione rischio calo o aumento ponderale	Area Socio Assistenziale	1	Monitoraggio peso corporeo ospiti	Assistenziale	100%	OSS/RDN	Trimestrale	Registrazione Peso Ospite (almeno 1 volta/mese)
			2	Segnalazioni anomalie peso corporeo	Assistenziale	≥50	OSS/RDN	Trimestrale	N° segnalazioni/consegne al servizio sanitario per variazioni significative
19	Favorire la partecipazione alle riunioni	Area Socio Assistenziale	1	Partecipazione a riunioni di reparto/servizio	Assistenziale	70%	OSS / INFERMIERI	Annuale	Percentuale presenza a riunioni indette per reparto / servizio
20	Attivazione sistema monitoraggio dei costi per prodotti per incontinenza	Servizio alberghiero / assistenziale	1	Indice di costo medio giornaliero prodotti di incontinenza	Assistenziale	< 1,45 €	OSS e COORD (RgQ solo rilevazione)	Annuale	Costo medio giornaliero per incontinente dei prodotti per incontinenza (pannolini)
21	Monitoraggio tempi manutenzione	Servizio Manutenzione	1	Tempo di realizzazione interventi di manutenzioni	Supporto	< 5 gg	Manutenzione (Ragioneria solo rilevazione)	Annuale	Numero di giorni che intercorrono dalla comunicazione dell'intervento ai manutentori alla data di intervento stesso
22	Perseguire la soddisfazione dell'utenza	RGQ	1	Indice di risposta dei questionari trasmessi ai famigliari	Supporto	>50%	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	Percentuale di questionari ritornati compilati / questionari consegnati



			2	Grado di soddisfazione	Supporto	≥ 70%	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sul livello di soddisfazione del servizio fornito / totale risposte quesito
			3	Orari di apertura che facilitano la visita al proprio familiare	Supporto	> 70 %	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sugli orari di apertura che facilitano la visita al familiare / totale risposte quesito
			4	Indice di gradimento comunicazione gestita dalla struttura	Supporto	> 70 %	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sulla qualità della comunicazione gestita dalla struttura / totale risposte quesito
23	Gestione ingressi e liste d'attesa	Sociale	1	Indice di saturazione/ occupazione posti letto residenti	Assistenziale	≥ 57.462	Assistenti sociali (Ragioneria solo rilevazione)	Annuale	n. giornate presenza ospiti residenti autosufficienti e non autosufficienti (no CD) / anno
24	Fornitura pasti esterni (privati)	Pasti esterni	1	Attivazione servizio pasti privati a domicilio	Fornitura pasti esterni	SI/NO	Cucina e Assistenti sociali (resp rilevazione)	Annuale	Organizzazione nuovo servizio pasti privati a domicilio
25	Controllo magazzino	Economato	1	Controllo dotazione di magazzino con programma CBA.	Supporto	n.1	Economato	Annuale	Stampa inventario dotazione magazzino / anno
27	Controllo dei costi dei servizi in appalto	Economato	1	Segnalazione scostamenti sui costi dei servizi in appalto (pulizie/rifacimento letti, prodotti igiene e incontinenza)	Supporto	n.12	Economato	Annuale	n. verifiche / anno
28	SEMPLIFICAZIONE	RGQ	1	n. processi semplificati	Salute organizzativa	n.	RGQ	Annuale	n. processi semplificati
29	PIENA ACCESSIBILITA'	Ragioneria	1	Valutazione di accessibilità sito web	Salute digitale	SI/NO	Ragioneria	Annuale	Sito web accessibile
30	PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE	PERSONALE	1	Rispetto criterio equilibrio di genere nelle commissioni di concorso	Salute organizzativa	SI/NO	Personale	Annuale	Rispetto criterio equilibrio di genere nelle commissioni di concorso



PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici di performance organizzativa sono linee strategiche di sviluppo dell'organizzazione, funzionali al raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico stabiliti dall'amministrazione.

Per ciascun macro-obiettivo di Valore Pubblico (VP1-VP2-VP3) sono definiti:

- ⇒ *ANALISI DI CONTESTO SPECIFICHE;*
- ⇒ *Quale obiettivo di VALORE PUBBLICO si intende perseguire;*
- ⇒ *Attraverso quali STRATEGIE/OBIETTIVI PERFORMANCE/INDICATORI (suddivisi per dimensione) si otterrà + VP;*
- ⇒ *Quale TARGET deve essere raggiunto;*
- ⇒ *Qual è il PESO attribuito a ciascuna strategia;*
- ⇒ *In quali periodi di TEMPO deve essere raggiunta;*
- ⇒ *Chi sono le a persone RESPONSABILI dell'esecuzione e monitoraggio;*
- ⇒ *Quali sono gli STAKEHOLDER (STK) interessati, che sono in particolare i residenti dell'istituto, i loro familiari e il personale; ovviamente la ricaduta di questi obiettivi può impattare anche verso la collettività in senso ampio.*

In una logica di semplificazione dello strumento PIAO e di maggior chiarezza per tutti i soggetti interessati i contenuti sono stati riassunti nelle tabelle seguenti:



ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA				1) Servizio assistenziale Vaona esternalizzato 2) malfunzionamento lavanderie esterne 3) ambienti e arredi decadenti 4) attenzione alla persona da ri-focalizzare							
OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP1)				Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stake holders, attraverso un'aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione							
STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE							
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Dimensione	Formula	target assoluto	peso %	TEMPI			
								2024	2025	2026	
VP1	PERF 1- Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa (V. delibera n. 15 del 02.10.2023).	UFF. PERSONALE	residenti, famigliari, personale	efficacia (quantità erogata)	n° OSS da assumere rep Vaona	15	20%	15			
				salute organizzativa	n° 1 coordinatore	1		1			
				efficacia (quantità erogata)	n° attrezzature da acquistare	26		26			
				efficienza	controllo diretto gestione	SI		SI			
	Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale.	COORDINATRICE, RESPONSABILE LAVANDERIA		efficacia (quantità erogata)	n. 5 reparti con lavaggio internalizzato	5	20%	5			
				efficacia (quantità erogata)	lavaggio divise	100%		/	100%		
				efficienza temporale e gestionale	tempi restituzione capi ai reparti	<7 g		<7 g			
				efficacia (qualità erogata e percepita)	n° reclami o segnalazioni	2/anno da persone diverse		2/anno			
				salute organizzativa	OSS coinvolti nel processo (TUTOR)	80% del personale di reparto		80%			
				efficacia (quantità erogata)	n° nuovi armadi stanze	100%		20%	33%	33%	34%
	Cambio arredamento reparto Anderlini (sistemazione n. armadi stanze)	APPALTI E MANUTENZIONE		efficacia (quantità erogata)	% serramenti sostituiti/da sostituire	100%	20%	/	50%	50%	
				efficacia (quantità erogata)	metri di pavimento sistemati/metri da sistemare	100%		/	50%	50%	
	Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini	APPALTI		salute professionale	n° auditor formati	5	20%	/	5		
salute professionale			n° personale formato	80%	40%	40%					
efficacia (quantità erogata)			acquisizione certificazione	100%	/	100%					
Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	RGQ	salute professionale	n° personale formato	80%	20%	40%	40%				
		efficacia (quantità erogata)	acquisizione certificazione	100%		/	100%				



STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE							
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/ STK	Dimensione	Formula	Target assoluto	Peso %	TEMPI			
								2024	2025	2026	
ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA				1) Impianto di riscaldamento risalente al 1985 2) possibilità di contributi per l'efficientamento energetico 3) presenza di termoconvettori a terra poco efficienti e con perdite d'acqua rep Anderlini e Montagnoli							
OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP2)				Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico, migliorando i consumi, evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale							
VP2	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico	RAGIONERIA E APPALTI	<i>residenti, familiari, personale</i>	<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione caldaie	100%	40%	100%			
				<i>efficienza finanziaria</i>	minore spesa gas rispetto al 2023	<82.302€		<82.302€			
				<i>efficienza produttiva</i>	minori consumi gas/mq rispetto al 2023	<104.180 mq		<104.180 mq			
	Ampliamento l'impianto fotovoltaico	RAGIONERIA E APPALTI		<i>efficacia ed efficienza</i>	pannelli installati	SI	25%	/	SI		
				<i>efficienza finanziaria</i>	minore spesa rispetto al 2024	spesa <2024		/	spesa <2024		
				<i>efficienza produttiva</i>	minori consumi (kw energia consumata)	consumi <2024		/	consumi <2024		
	Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini	APPALTI		<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione convettori a soffitto rep Montagnoli	100%	35%	100%			
				<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione convettori a soffitto rep Anderlini	100%		/	100%		



ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA				1) esiste un rischio caduta dal letto per l'ospite confuso 2) esigenza di ridurre le contenzioni fisiche 3) esigenza di ridurre la documentazione cartacea, velocizzare le registrazioni del servizio infermieristico per aumentare l'affidabilità delle stesse e la sicurezza del paziente 5) progetto di ristrutturazione e antisismico da realizzare						
OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP3)				Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE						
STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE						
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Dimensione	Formula	Target assoluto	Peso %	TEMPI		
								2024	2025	2026
VP3	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.	COORDINATRICE	<i>residenti, familiari, personale</i>	<i>efficacia (quantità erogata)</i>	n. letti con dispositivo installato	38	25%	38		
	Copertura Wi-Fi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.	RAGIONERIA		<i>salute digitale</i>	estensione copertura wi-fi	SI/NO	25%	SI		
				<i>salute digitale</i>	acquisto Cartella 2.0	SI		SI		
	Ristrutturazione con progetto antisismico.	DIRETTORE		<i>quantità fruita</i>	riduzione mod. cartacea	>2		>2		
				<i>impatto ambientale</i>	avvio progetto	50%	40%	100%		
	Solleventori a soffitto per reparto Anderlini	APPALTI		<i>impatto ambientale</i>	conclusione	50%			100%	
<i>salute digitale</i>			realizzazione impianto	100%	10%		100%			



2.3 PIANO ANTICORRUZIONE e TRAPARENZA 2024-2026

Relativamente all’attuazione del PTPCT 2023 è stato effettuato il monitoraggio dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - RPCT - dott. Badiale Mauro, in carica dal 01.01.2023.

La scheda di relazione annuale è stata pubblicata il 30.01.2024 ed è visibile sul sito istituzionale dell’amministrazione, sezione Amministrazione Trasparente - altri contenuti. Si conferma anche per il 2023 l’assenza del verificarsi di fenomeni corruttivi.

Documenti di approvazione del piano e riferimenti a provvedimenti ANAC:

Il Piano di Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2024/2026 (PTPCT) dell’Istituto per Anziani Casa De Battisti risulta quale naturale prosecuzione dei PTPCT dei n.7 anni precedentemente approvati. Negli ultimi due anni il PTPCT costituisce un’apposita sottosezione del PIAO.

PTPCT Triennio	DELIBERA DI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	
	Numero	Data
2017 - 2019	1	24/01/2017
2018 - 2020	7	20/02/2018 (ratifica ordinanza n. 2 del 30/01/2018)
2019 - 2021	3	30/01/2019
2020 - 2022	7	29/01/2020
2021 - 2023	12	31/03/2021
2022 - 2024	13	27/04/2022
2023 - 2025	4	28/03/2023

Il PTPCT 2024/2026 è stato redatto sulla base del quadro normativo che regola il PIAO (vedasi premesse) e delle seguenti principali normative o disposizioni:

- legge 6 novembre 2012, n. 190, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
cd: legge Severino;
- d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia) “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 “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”;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 7 del 17.01.2023 “PNA 2022”;
- ANAC 02.02.2022 “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”.

Nel PNA 2022 ANAC sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla



sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del Valore Pubblico.

Tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico.

Finalità

L'Organo di Indirizzo Politico - Consiglio di Amministrazione dell'ente si impegna a:

- promuovere all'interno dell'Amministrazione la cultura della valutazione e gestione dei rischi corruttivi, incrementando anche la formazione del personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- prevenire il verificarsi di eventi corruttivi, attraverso la predisposizione di opportune misure e azioni di monitoraggio;
- garantire la trasparenza e l'accessibilità dei dati di cui dispone l'Amministrazione;
- perseguire obiettivi di Valore pubblico attraverso una logica integrata dei processi di performance, trasparenza, anticorruzione, organizzazione e capitale umano;

Il CdA assicura inoltre che nella nomina del RPCT (Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) si è tenuto conto delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate.

Indicazioni PNA 2019

Il PNA 2019 fornisce una serie di indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", attraverso il modello PDCA utilizzato nei sistemi di gestione della qualità e degli standard internazionali di risk management.

Il modello proposto si sostanzia nelle seguenti **STEP**:

- 1) Analisi del contesto;
- 2) Valutazione del rischio;
- 3) Trattamento del rischio;
- 4) Monitoraggio e riesame;
- 5) **Consultazione e comunicazione.**

In particolare il PNA suggerisce di definire i compiti dei principali attori del Sistema di gestione del rischio, adottando per la sua stesura un approccio flessibile e contestualizzato, che tenga conto delle specificità di ogni singola amministrazione e del contesto interno ed esterno nel quale essa svolge la propria attività.

2.3.1 Analisi del contesto esterno ed interno

È stata svolta una sola volta l'analisi funzionale del contesto interno ed esterno per le diverse sezioni di cui si compone il PIAO, contenuta nella **SEZIONE 2.1 Valore Pubblico**.



Nell'ottica del legislatore del PIAO, quale strumento unitario e integrato, l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre Valore Pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO.

Ne risulta, in questo modo, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance e prevenzione della corruzione che l'Autorità nel PNA ha da tempo sostenuto.

L'illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno ed interno di una amministrazione è, infatti, elemento essenziale del Piano della performance, così come costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. A ciò si aggiunga che la struttura organizzativa, elemento essenziale del contesto interno, deve essere esaminata anche con riferimento alla sezione "Organizzazione e capitale umano" del PIAO.

2.3.2 Metodologia di valutazione del rischio

A tale classificazione si è giunti mediante la valutazione del grado di rischio di corruzione, espresso con un punteggio numerico, calcolato utilizzando i criteri proposti nel precedente Piano Triennale, negli strumenti utilizzati per il controllo di gestione, il Sistema di Gestione della Qualità, e il piano delle performance adottato dall'ente.

Tali criteri prendono in considerazione:

- a) La probabilità, intesa come frequenza del verificarsi di ciascun rischio, valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

Discrezionalità - Il processo è discrezionale?

No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
E' altamente discrezionale	5

Rilevanza esterna - Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?

No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento	5

Complessità del processo - Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?

No, il processo coinvolge una sola p.a.	1
Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3
Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5

Valore economico - Qual è l'impatto economico del processo?

Ha rilevanza esclusivamente interna	1
-------------------------------------	---



Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es. affidamento di appalto)	5

Frazionabilità del processo - Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?

No	1
Sì	5

Controlli - Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?

Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3
Sì, ma in minima parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5

b) L'impatto, considerato sotto i seguenti profili:

Organizzativo - Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)

Fino a circa il 20%	1
Fino a circa il 40%	2
Fino a circa il 60%	3
Fino a circa l'80%	4
Fino a circa il 100%	5

Economico - Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?

No	1
Sì	5

Reputazionale - Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?

No	0
Non ne abbiamo memoria	1
Sì, sulla stampa locale	2
Sì, sulla stampa nazionale	3
Sì, sulla stampa locale e nazionale	4
Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5



Impatto organizzativo, economico e sull'immagine - A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?

A livello di addetto	1
A livello di collaboratore o funzionario	2
A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/segretario generale	5

Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico costituito dal prodotto del valore assegnato alla probabilità con il valore assegnato all'impatto.

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo:

Valori livello di rischio - intervalli	Classificazione del rischio
0	nullo
superiore a 0 ma inferiore a 5	scarso
superiore a 5 ma inferiore a 10	moderato
superiore a 10 ma inferiore a 15	rilevante
superiore a 15 ma inferiore a 20	elevato
superiore a 20	critico

2.3.3 Valutazione e Trattamento del rischio - misure generali

Facendo riferimento alla MAPPATURA DEI PROCESSI all'interno della citata sezione 2.1.2.2 **Rischio corruzione - mappatura dei processi**, le attività a rischio di corruzione possono essere identificate e riassunte di seguito:

- Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
- Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare;
- Gestione dei costi e dei ricavi
- Selezione del personale;
- Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici del personale dipendente;
- Conferimento di incarichi di collaborazione;
- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale e semi-residenziale;
- Svolgimento di attività assistenziali a favore **degli utenti**;

Seguono le rispettive valutazioni di rischio per ciascuna attività e le misure generali di prevenzione della corruzione:

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture:			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	1



Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	5		
Controlli	2		
Totale	19	Totale	8
Media (tot./6)	3,16	Media (tot./4)	2
Livello di rischio (probabilità x impatto)			6,32
Classificazione del rischio			moderato

Misure organizzative già adottate:

Trattandosi di un'area particolarmente a rischio, l'aggiornamento del PNA 2015 prevede la scomposizione del sistema di affidamento prescelto nelle seguenti sei fasi di processo:



Per quanto riguarda la programmazione di lavori, forniture e servizi la fase 1 (programmazione) sopra i 140.000 € è di competenza del Cda; le rimanenti fasi sono di competenza del RUP individuato nella figura del Segretario/Direttore.

In caso di particolare complessità lo stesso potrà avvalersi del supporto di esperti o consulenti tecnici.

Per quanto riguarda la fase 3 - 4 l'Ente può attivare in caso di necessità convenzioni per l'espletamento di procedure di gara sopra la soglia comunitaria con una Centrale Unica di Committenza (CUC): la fase di predisposizione del capitolato, stipula del contratto, esecuzione dei lavori e rendicontazione è di competenza del RUP o del funzionario da esso incaricato in qualità di DEC (Direttore Esecuzione Contratto).

Per gli affidamenti sotto soglia o comunque eseguiti presso la stazione appaltante la fornitura di beni, lavori e servizi viene effettuata attraverso MEPA o altre piattaforme elettroniche di negoziazione certificate come da vigenti disposizioni normative.

La pubblicità relativa agli affidamenti fino al 31.12.2023 è stata assolta con la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web.

Per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024, la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell'art. 28 co. 3 del nuovo codice, è assolta mediante la trasmissione degli stessi dati alla BDNCP attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto e che includono anche quelli indicati all'art. 28, co. 3 del nuovo codice. In proposito si rinvia alle delibere ANAC 261 e 264 del 20 giugno 2023 e successivi aggiornamenti.



Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1		
Controlli	2		
Totale	16	Totale	7
Media (tot./6)	2,6	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,55
Classificazione del rischio			scarso

Si precisa che per quanto riguarda l'alienazione dei beni rientranti nel patrimonio disponibile, la procedura di individuazione del contraente viene attivata a seguito del rilascio di autorizzazione da parte della Regione Veneto, organo di vigilanza e controllo sulle II.PP.A.B.

Gestione dei costi e dei ricavi			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	2
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	10	Totale	4
Media (tot./6)	1,66	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			1,66
Classificazione del rischio			scarso

Misure organizzative già adottate:

La gestione di tale processo viene gestita attraverso le procedure previste dalle vigenti norme in materia di contabilità pubblica e attraverso operazioni di fatturazione elettronica: gli incassi vengono effettuati prevalentemente attraverso il sistema PAGOPA: sia gli incassi che i pagamenti vengono gestiti attraverso il Servizio Tesoreria dell'ente.

Gli incassi brevi manu di lievissima entità vengono gestiti attraverso la registrazione su apposito mastro controllato periodicamente dal Revisore dei Conti.

Selezione del personale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	15	Totale	7



Media (tot./6)	2,5	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)		4,37	
Classificazione del rischio		scarso	

Misure organizzative già adottate:

La selezione del personale viene effettuata attraverso procedure di reclutamento il cui iter è disciplinato nel vigente regolamento e pubblicato sul sito web.

Gli atti delle procedure concorsuali possono essere consultati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Vengono previamente verificate le cause della incompatibilità allo svolgimento della funzione di componente commissione concorso nella prima seduta utile all'esame della documentazione prodotta dai candidati.

Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici del personale dipendente			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	2	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	5
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	8	Totale	7
Media (tot./6)	1,33	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)		2,33	
Classificazione del rischio		scarso	

Misure organizzative già adottate:

Il Contratto Collettivo Integrativo prevede i criteri da utilizzarsi per le progressioni di carriera e l'erogazione di incentivi economici.

Per quanto riguarda il riconoscimento dell'indennità di risultato è stato nominato dal CdA dell'ente il Nucleo di Valutazione (delibera n. 10/2021).

Conferimento di incarichi di collaborazione			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	15	Totale	7
Media (tot./6)	2,5	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)		4,37	
Classificazione del rischio		scarso	

Per questo tipo di rischio l'ente ha adottato apposito regolamento per il conferimento degli incarichi e autorizzazioni ai dipendenti (vedasi RL 040 approvato con deliberazione di Cda n. 34 del 11.10.2016).

Misure organizzative già adottate:



I professionisti incaricati ed i collaboratori devono presentare antecedentemente l'affidamento dell'incarico apposita dichiarazione relativa alla insussistenza delle cause di inconfirmità dell'incarico.

Per quanto riguarda l'affidamento di incarichi sopra soglia, gli stessi vengono gestiti attraverso procedura espletata dalla Centrale Unica di Committenza.

Per quanto riguarda gli incarichi sotto soglia si fa riferimento ai principi stabiliti dal Codice degli Appalti.

Procedure di accesso a servizi in regime residenziale e semi-residenziale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	3	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	1
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	16	Totale	3
Media (tot./6)	2,66	Media (tot./4)	0,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			1,99
Classificazione del rischio			scarso

Misure organizzative già adottate:

L'accesso ai servizi in regime residenziale definitivo o semiresidenziale, per anziani non autosufficienti, viene gestito mediante procedure normate dalla Regione Veneto e gestite dalla Azienda Ulss, mentre l'accesso ai servizi in regime residenziale non gestito dalla medesima (anziani autosufficienti, ospiti in regime c.d. "privatistico") è residuale rispetto alla attività complessiva dell'Ente.

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli utenti			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	1
Frazionabilità	1		
Controlli	1		
Totale	13	Totale	6
Media (tot./6)	2,16	Media (tot./4)	1,5
Livello di rischio (probabilità x impatto)			3,24
Classificazione del rischio			scarso

Esiste la possibilità che il personale socio-sanitario sia esposto al rischio di corruzione da parte dei familiari degli ospiti per preferire il proprio congiunto nello svolgimento dell'attività di assistenza.

Si ritiene, tuttavia, di poter classificare tale rischio come medio-basso in quanto il margine di discrezionalità tecnica, pur esistente nell'esercizio di tale attività, risulta controbilanciato dall'alternanza delle figure professionali che assistono uno stesso ospite, dovuta all'articolazione in turni dell'orario di lavoro, nonché dalla regolamentazione delle attività assistenziali sia a livello di singolo ospite, a mezzo del



PAI Piano di Assistenza Individuale, sia a livello organizzativo più generale, a mezzo di protocolli, linee-guida ecc.

Il Centro Servizi, previo espletamento della procedura “aperta” alla consultazione, con deliberazione di CdA n. 28 del 15.10.2021 ha approvato il codice di comportamento dei dipendenti a livello di ente, in conformità a quanto previsto nelle linee guida adottate dall’ANAC con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020.

Tale Codice di Comportamento dei dipendenti è stato presentato agli stessi in data 28.04.2021 ed è pubblicato sul sito web dell’ente.

Il Codice di comportamento “nazionale” e quello di ente, vengono consegnati in copia al personale neo-assunto al momento della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro.

Inoltre dall’anno 2023 si è investito sulla formazione del personale in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo, a cui si rimanda nell’apposita sezione ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.

In sintesi le misure generali di trattamento del rischio corruttivo intervengono in maniera trasversale sull’intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Sono riassunte nella seguente TABELLA 1.



TABELLA 1. MISURE DI CONTROLLO GENERALI

RISK ASSESSMENT		RISK TREATMENT						
Evento rischioso	Valutazione del rischio	Misura	Indicatore di trattamento del rischio (formula)	Responsabile Misura	Baseline 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026
Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	Moderato	Trasparenza	Presenza o meno (SI/NO) in Amministrazione Trasparente del collegamento ipertestuale alla BDNCP	Appalti	NO	SI	SI	SI
Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare;	Scarso	Trasparenza	Pubblicazione in AT (SI / NO)	Appalti	NO	SI	SI	SI
Gestione dei costi e dei ricavi	Scarso	Controllo	Relazioni trimestrali per CDA	Ragioneria	4 /anno	4 /anno	4 /anno	4 /anno
Selezione del personale	Scarso	Regolamentazione	Presenza regolamentazione (SI / NO)	Personale	SI	SI	SI	SI
		Trasparenza	Percentuale Pubblicazione atti concorsi/n° atti da pubblicare	Personale	100%	100%	100%	100%
		Gestione conflitto interessi	Percentuale presenza di dichiarazioni di assenza conflitto interessi componenti commissioni/n° commissari	Personale	100%	100%	100%	100%
Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici del personale dipendente	Scarso	Regolamentazione	Presenza o meno regolamentazione (SI / NO)	Personale	SI	SI	SI	SI
		Trasparenza	Pubblicazione atti (SI / NO)	Personale	SI	SI	SI	SI
Conferimento di incarichi di collaborazione	Scarso	Trasparenza	Percentuale Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Personale	100%	100%	100%	100%
Procedure di accesso a servizi in regime residenziale	Scarso	Controllo	Certificazione con il Sistema qualità di modulo per lista di attesa utenti in regime privatistico (SI-NO)	Assistente sociale	NO Lista non certificata	SI	SI	SI
Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli utenti	Scarso	Controllo	Possibilità di segnalazioni Whisteblogging con garanzia di anonimato (SI / NO)	Direzione	SI	SI	SI	SI
		Formazione	% personale formato in materia di etica pubblica e anticorruzione / totale dipendenti	Direzione-RgQ	50% (etica)	50% (antic.)	100%	100%



2.3.4 Valutazione e Trattamento del rischio - misure specifiche

In questo PIAO sono stabilite inoltre misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza e agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi collegati agli obiettivi di Valore Pubblico e agli obiettivi di performance ad essi funzionali. Sono riassunte nella TABELLA 2.

TABELLA 2. MISURE DI CONTROLLO SPECIFICHE

PERFORMANCE		RISK ASSESSMENT		RISK TREATMENT					
Codice obiettivo di performance	Denominazione obiettivo di performance	Evento rischioso	Valutazione del rischio	Misura	Responsabile Misura	Indicatore di trattamento del rischio(formula)	Target 2024	Target 2025	Target 2026
VP1 PERF 1	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa	Selezione personale del	scarso	Regolamentazione	Uff. personale	Presenza regolamentazione (SI / NO)	SI	/	/
				Trasparenza	Uff. personale	Percentuale atti pubblicati concorsi e/o selezione / n°atti da pubblicare	100%	/	/
				Gestione conflitto interessi	Uff. personale	Percentuale presenza di dichiarazioni di assenza conflitto interessi commissione / n°commissari	100%	/	/
		Acquisto attrezzatura	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	100%	/	/
VP1 PERF 2	Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale	Approvvigionamento detersivi/detersivi	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	90%	10%	/
VP1 PERF 3	Cambio arredamento reparto Anderlini	Acquisto arredo	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	33%	33%	33%



VP1 PERF 4	Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Controllo	Uff. appalti	Richieste di n.>1 preventivo se affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	/	50%	50%
VP1 PERF 5	Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza e Tracciamento	Uff. appalti	Trasparenza e tracciamento dell'intera procedura di affidamento incarico	50%	50%	/
VP2 PERF 1	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	100%	/	/
VP2 PERF 2	Ampliamento impianto fotovoltaico	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	/	100%	/
VP2 PERF 3	Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con piattaforma (SI/NO), Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	50%	50%	/
VP3 PERF 1	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con piattaforma (SI/NO), Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	100%	/	/
VP3 PERF 2	Copertura WiFi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con piattaforma (SI/NO), Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	100%	/	/
VP3 PERF 3	Ristrutturazione con progetto antisismico.	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedura prevista dal codice per gara d'appalto	50%	50%	/
VP3 PERF 4	Sollevatori a soffitto per reparto Anderlini	Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	moderato	Trasparenza	Uff. appalti	Procedure svolte con piattaforma (SI/NO), Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti o procedura prevista dal codice se gara d'appalto	/	100%	/



Rotazione degli incarichi

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione. Tuttavia anche l'ANAC nel PNA riconosce l'impossibilità di applicare la misura della rotazione all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni, richiedendo peraltro un'adeguata motivazione nel PTPC delle ragioni della mancata applicazione dell'istituto.

Per quanto riguarda il Centro Servizi, si ritiene che le stesse, data la struttura dimensionale dell'ente non siano applicabili risultando impossibile coniugare il principio della rotazione degli incarichi con l'efficienza degli uffici, visto il numero non elevato di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun ufficio. Per tale motivo l'interscambio del personale può compromettere la funzionalità della gestione amministrativa, per cui si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze e nei limiti delle concrete possibilità.

Anche per quanto riguarda l'ambito dei servizi socio-assistenziali, dove pure il numero di addetti, soprattutto con riferimento agli O.S.S., consentirebbe un'applicazione più puntuale della misura, occorre tener in considerazione come, in molti casi, il rapporto di diretta conoscenza personale con gli ospiti sia valore da salvaguardare nell'ottica di garantire una migliore assistenza agli ospiti stessi. L'interscambio del personale potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza prestata per il fatto che, in parecchi casi, gli addetti rappresentano per gli ospiti importanti figure di riferimento la cui eventuale sostituzione potrebbe avere ripercussioni negative per gli assistiti. Pertanto si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze.

* Segnalazione di atti di corruzione - procedura e protezione del denunciante

La protezione del denunciante è diretta ad evitare che il dipendente, venuto a conoscenza di condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, ometta di segnalarle per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. A tal fine l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 impone all'amministrazione che riceve la segnalazione di assicurare la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona, garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione della segnalazione e in ogni fase successiva.

Con il presente PIAO si approva la procedura per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all'interno dell'Amministrazione indicata nell'ALLEGATO A e pubblicata sul sito d'Istituto nella sezione *Amministrazione trasparente* > *Altri contenuti* > *Prevenzione della corruzione*.

Tempi e fasi di attuazione: già attuato

Responsabile dell'attuazione: Segretario-Direttore

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: documentazione attestante l'esame di eventuali segnalazioni entro il **31/01/2025**.

2.3.5 Misure di TRASPARENZA

Questa parte del PIAO riguarda la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza amministrativa. Essa costituisce



presupposto per realizzare una buona amministrazione, ma anche misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n° 20/2019, laddove considera la legge 190/2012 "principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione". Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla **protezione e alla creazione di valore pubblico**. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni. Le amministrazioni che sono tenute ad adottare il PIAO osservano gli obblighi di pubblicazione disciplinati dal d.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente, da attuare secondo le modalità indicate dall'Autorità nella delibera n. 1310/2016 e nell'Allegato 1) alla stessa. Il legislatore, sin dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 33/2013, ha previsto che nei PTPCT sia predisposta una specifica programmazione, da aggiornare annualmente, in cui definire i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. In tale programmazione rientra anche la definizione degli obiettivi strategici, compito affidato all'organo di indirizzo dell'amministrazione. La promozione di maggiori livelli di trasparenza, infatti, costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

La trasparenza, attuata mediante la pubblicazione di dati riguardanti l'Amministrazione, permette di prevenire e, eventualmente, di svelare situazioni in cui possano annidarsi forme di illecito e di conflitto di interessi.

DEFINIZIONE TRASPARENZA: si intende la accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto della organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

DEFINIZIONE INTEGRITÀ: si intende il dovere, da parte dei cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche, di adempiere alle stesse "con disciplina e onore".

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI: La trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, deve comunque tener conto del rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti nei documenti pubblicati. Al fine di garantire il rispetto dei criteri sopraindicati è stato predisposto apposito allegato (ALL. B) **alla presente sezione anticorruzione e trasparenza** nel quale sono state individuate misure specifiche in materia di trasparenza, tenendo conto del necessario bilanciamento tra esigenze di pubblicità e tutela dei dati personali. La pubblicazione dei dati avverrà nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento n. 2016/679: adeguatezza, pertinenza, minimizzazione dei dati, esattezza, aggiornamento.

L'Ente si avvale di apposita società di consulenza in materia di privacy RobyOne srl che effettua la pulizia degli atti amministrativi qualora gli stessi contengano dati personali e sensibili.



SELEZIONE DEI DATI DA PUBBLICARE

I dati da pubblicare, i relativi soggetti responsabili e la tempistica sul sito istituzionale dell'Istituto Per Anziani "Casa De Battisti", sezione Amministrazione Trasparente, sono indicati di seguito:

Sezione I - disposizioni generali

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Uff. Personale	Annuale al 31/01
Statuto, codice disciplinare e codice di condotta;	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione II - organizzazione 1

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Elenco degli amministratori dell'I.P.A.B.	Uff. Personale	Tempestivo
Provvedimento di nomina degli amministratori in carica	Uff. Personale	Tempestivo
Curriculum di ogni amministratore in carica	Uff. Personale	Tempestivo
Indennità e rimborsi spese erogati agli amministratori su base annua	Uff. Personale	Tempestivo
Dati relativi all'assunzione di altre cariche da parte degli amministratori, presso enti pubblici e privati, o incarichi con oneri a carico della finanza pubblica, e relativi compensi	Uff. Personale	Tempestivo
Eventuali sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione III - organizzazione 2

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Organigramma con articolazione degli uffici e dei servizi	Resp. Della Qualità	Tempestivo
Contatti telefonici e di posta elettronica	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione IV - consulenti e collaboratori

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Tabella estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione, anche coordinata e continuativa, e di consulenza: soggetti percettori, ragione dell'incarico, ammontare erogato	Uff. Personale Uff. Ragioneria	Tempestivo
Curriculum di ogni titolare di incarico	Uff. Personale Uff. Ragioneria	Tempestivo
Tabella con i dati di cui all'art. 1, commi 123 e 127, della legge 662/1996 (compensi percepiti dai dipendenti dell'Ente anche per incarichi relativi a compiti e doveri d'ufficio, elenco dei collaboratori esterni e dei soggetti cui sono stati affidati incarichi di consulenza, con indicazione dell'incarico e dei compensi corrisposti)	Uff. Personale Uff. Ragioneria	Tempestivo
Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Uff. Personale Uff. Ragioneria	Tempestivo

Sezione V - personale dirigenziale



Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Tabella dati di conferimento incarico a Direttore Generale (estremi dell'atto, nominativo, dipendente pubblica amministrazione o esterno, ragione dell'incarico e ammontare erogato)	Uff. Personale	Tempestivo
Curricula del Direttore Generale e dei dirigenti	Uff. Personale	Tempestivo
Retribuzioni annuali del Direttore Generale e dei dirigenti, con specifica evidenza delle componenti variabili delle stesse	Uff. Personale	Annuale
Tabella dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali e relativi compensi, per il Direttore Generale e per i dirigenti	Uff. Personale	Tempestivo
Dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconvertibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per il Direttore Generale e per i dirigenti	Uff. Personale	Annuale
Elenco delle posizioni dirigenziali, con titoli e curricula, attribuite a persone individuate discrezionalmente dal Consiglio di Amministrazione	Uff. Personale	Tempestivo
Eventuale avviso per posti di funzione dirigenziale disponibili	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione VI - personale non dirigenziale

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Curricula dei titolari di posizioni organizzative	Uff. Personale	Tempestivo
Dotazione organica al 31 dicembre di ogni anno	Uff. Personale	Annuale
Tabella dati annuali sul costo del personale, suddiviso per aree, compresi i dipendenti a tempo determinato, i lavoratori somministrati e le attività libero professionali	Uff. Personale	Annuale
Tabella elenco nominativo dipendenti a tempo determinato, lavoratori somministrati e attività libero professionali	Uff. Personale	Annuale
Tabella dati trimestrali sui tassi di assenza del personale, suddiviso per aree	Uff. Personale	Annuale
Tabella incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti, compresi i compensi	Uff. Personale	Tempestivo
Link al sito web ARAN per la consultazione del CCNL	Uff. Personale	Tempestivo
Contratto collettivo decentrato con relazione tecnico - finanziaria e illustrativa certificata dagli organi di controllo	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione VII - bandi di concorso

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati per assunzioni a tempo indeterminato e determinato	Uff. Personale	Tempestivo
Tabella dei bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati nell'ultimo triennio per assunzioni a tempo indeterminato e determinato, con graduatoria finale di merito e indicazione del personale assunto, criteri di valutazione, tracce delle prove predisposte dalla Commissione	Uff. Personale	Tempestivo



Sezione VIII - performance e benessere organizzativo

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Tabella nominativi, curricula e compensi dei componenti del Nucleo di Valutazione	Uff. Personale o Ragioneria	Tempestivo
Distribuzione dei premi di produttività e analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della primalità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione IX - enti o società controllati

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Tabella elenco delle società partecipate (ragione sociale, misura della partecipazione, durata dell'impegno, oneri a qualsiasi titolo gravanti sul bilancio dell'ente, numero dei rappresentanti dell'ente e trattamento economico complessivo spettante, risultati di bilancio degli ultimi tre anni, incarichi di amministratore e trattamento economico complessivo)	-	
Dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per gli amministratori degli enti o società controllati	-	
Link al sito web degli enti controllati ove sono pubblicati i dati relativi ai compensi degli amministratori, dei dirigenti e dei titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	-	
Rappresentazione grafica sulle partecipazioni	-	

La presente sezione risulterà priva di dati pubblicati in quanto questo Ente non ha Enti o Società controllati.

Sezione X - attività e procedimenti

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Elenco dei procedimenti amministrativi tipici	Uff. Amministrativi	Tempestivo
tabella, per ogni procedimento amministrativo, contenente breve descrizione, ufficio responsabile dell'istruttoria e recapiti, modalità per ottenere informazioni sui procedimenti in corso; termini per la conclusione del procedimento, eventuale presenza di silenzio - assenso; strumenti di tutela amministrativa nei confronti del provvedimento finale, modalità per effettuare eventuali pagamenti; nome dell'eventuale soggetto cui è attribuito potere sostitutivo in caso di inerzia, eventuale modulistica standardizzata	Uff. Amministrativi	Tempestivo
Elenco semestrale deliberazioni del Consiglio di Amministrazione e determinazioni dirigenziali, contenente: identificativo, oggetto, eventuale spesa prevista	Uff. Amministrativi	Tempestivo
Tabella dati eventuali indagini di customer satisfaction sui procedimenti amministrativi	Responsabile della Qualità	Tempestivo

Sezione XI - bandi di gara e contratti

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara d'appalto e procedure di affidamento per i quali è prevista la pubblicazione fino al 31.12.2023.	Uff. Appalti	Tempestivo
Tabella informativa sulle singole procedure ex art. 1, comma 32, D. Lgs. 33/2013	Uff. Appalti	Tempestivo



<p>Per i contratti la cui procedura si avvia dal 1° gennaio 2024, è necessario inserire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la determina di affidamento e/o la documentazione di gara prevista dal D.lgs. 33/2013; - il collegamento ipertestuale alla BDNCP che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto. 	Uff. Appalti	Tempestivo
--	--------------	------------

Sezione XII - sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Criteri e modalità per l'erogazione di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici	Uff. ragioneria	Tempestivo
Tabella con elenco su base annuale di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici erogati	Uff. ragioneria	Tempestivo

Sezione XIII - bilanci

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Bilancio di previsione e bilancio consuntivo in forma sintetica	Uff. Ragioneria	Tempestivo

Sezione XIV - beni immobili e gestione patrimonio

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Elenco dei beni immobili patrimoniali	Uff. Ragioneria	Tempestivo
Importo su base annua dei canoni di affitto e locazione dei beni immobili patrimoniali	Uff. Ragioneria	Tempestivo

Sezione XV - controlli e rilievi sull'Amministrazione

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Rilievi non recepiti da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e rilievi di qualunque tipo da parte della Corte dei Conti ovvero dichiarazione di inesistenza su base annuale	Uff. Ragioneria	Tempestivo

Sezione XVI - servizi erogati

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Carta dei servizi	Responsabile della Qualità	Tempestivo

Sezione XVII - pagamenti dell'amministrazione

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Uff. Ragioneria	Trimestrale
Codice IBAN del conto di Tesoreria	Uff. Ragioneria	Tempestivo
Importo delle rette di ospitalità e altri servizi aggiornate annualmente	Uff. Ragioneria	Annuale
Modalità per il pagamento delle rette	Uff. Ragioneria	Tempestivo

Sezione XVIII - opere pubbliche

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
--	------------------------------------	---------------



Piano triennale delle opere pubbliche e relazioni annuali	Uff. amministrativi	
---	---------------------	--

Sezione XIX - altri contenuti: corruzione

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Piano triennale di prevenzione della corruzione	Uff. Personale	Annuale
Nominativo del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativi contatti	Uff. Personale	Tempestivo
Relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione	Uff. Personale	Annuale
Eventuali atti adottati in ottemperanza a provvedimenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione	Uff. Personale	Tempestivo
Eventuali atti di accertamento della violazione del D. Lgs. 39/2013	Uff. Personale	Tempestivo

Sezione XX - altri contenuti: accesso civico

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Ufficio addetto alla pubblicazione	Aggiornamento
Nominativo del responsabile della trasparenza a cui presentare richiesta di accesso civico e relativi contatti	Uff. Personale	Tempestivo
Nominativo del titolare di potere sostitutivo, attivabile in caso di ritardo o mancata risposta del responsabile della trasparenza e relativi contatti	Uff. Protocollo	Tempestivo

Al fine di garantire il FREEDOM OF INFORMATION ACT (FOIA) previsto dalla Legge Madia D. Lgs 97/2016 è stato approvato dal CDA con propria deliberazione n. 38 del 24.11.2017 il Regolamento Unico in materia di accesso.

E' disponibile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web dell'ente una procedura on line per l'accesso civico generalizzato e documentale.

2.3.6 Monitoraggio

In attuazione di quanto previsto al punto 6.6 della Determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015, si ritiene che questo Ente non rivesta un carattere di complessità, né per dimensione organizzativa, né per diversificazione delle attività svolte, né per articolazione territoriale, tale da richiedere verifiche infrannuali sull'attuazione delle misure previste dal presente PTPC.

Pertanto in assenza di fenomeni corruttivi è sufficiente che la verifica avvenga con cadenza annuale e con controllo diretto da parte del RPCT, stante la dislocazione nel medesimo edificio degli uffici coinvolti nei processi a rischio.

Tuttavia la misura che l'Istituzione intende intraprendere nel triennio è il monitoraggio di primo livello, ovvero eseguito in autovalutazione, dai responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure. Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa l'RPCT sul se e come le misure di trattamento del rischio sono state attuate, dando atto anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere.

L'RPCT può svolgere verifiche successive e dirette in merito alle informazioni rese in autovalutazione dai responsabili delle misure anche mediante richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi elemento che possa comprovare l'effettiva azione svolta.



Dal 2024 è previsto inoltre un monitoraggio di secondo livello: l’attuazione è compito del RPCT, coadiuvato dagli auditors interni del Sistema Qualità, che verificano la correttezza delle misure anticorruzione e trasparenza intraprese all’interno della verifica di audit programmata agli uffici che trattano processi a rischio corruttivo.

2.3.7 Consultazione e comunicazione

Pubblicazione del Piano

Il **PIAO 2024-2026** viene pubblicato esclusivamente nel sito *web* dell’ente, nella sezione *Amministrazione trasparente* > *Disposizioni generali*;

La relazione annuale dell’RPTC, così come la procedura per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all’interno dell’Amministrazione viene pubblicata in Amministrazione trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione.

Al fine di consentire il duplice risultato connesso al monitoraggio dell’ANAC e al processo di trasparenza e partecipazione nei confronti dei cittadini, teso a rendere conoscibile l’evoluzione della strategia di contrasto, tutti i PTPCT e/o PIAO e **i contenuti della sezione anticorruzione e trasparenza** degli ultimi cinque anni vengono mantenuti in pubblicazione sul sito dell’Ente.



SEZIONE 3



ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

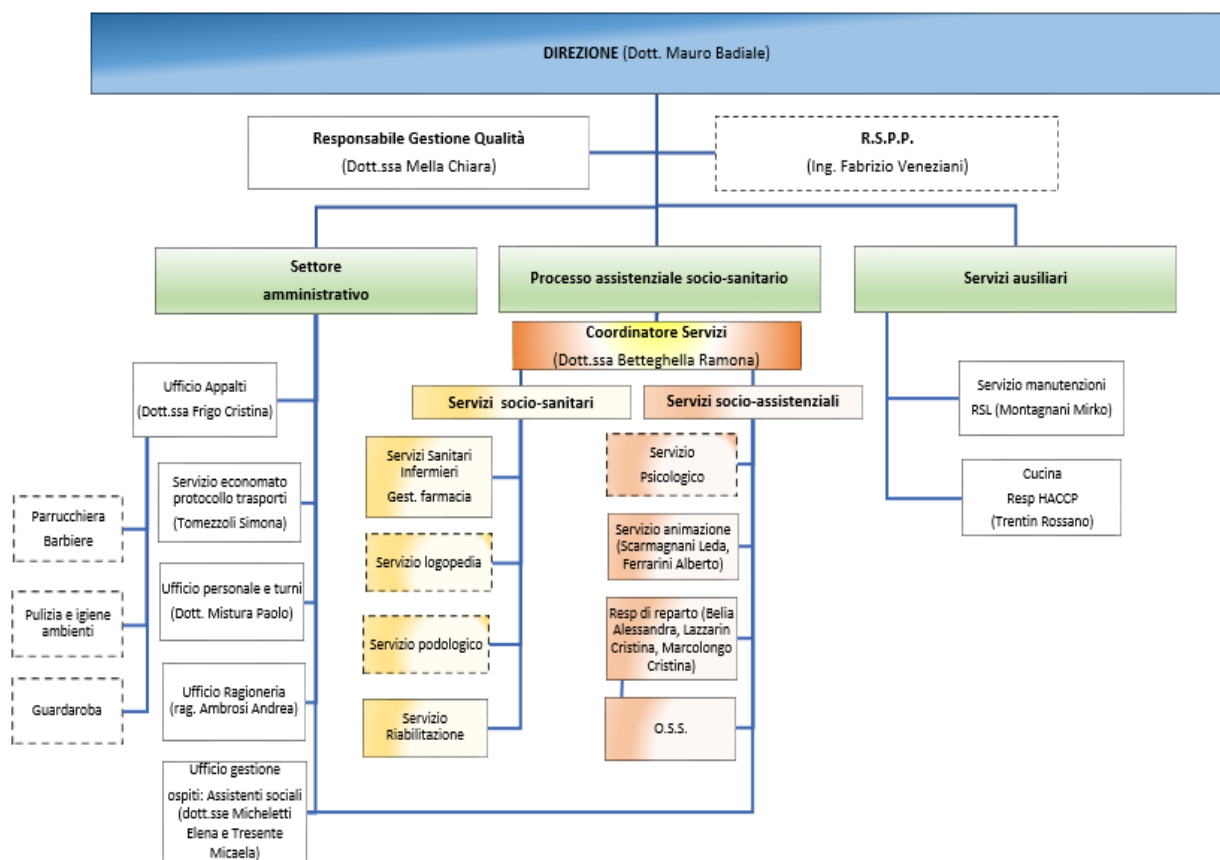
In questa sottosezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente:

- organigramma;
- livelli di responsabilità organizzativa, n. di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali e simili (es. posizioni organizzative);
- ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio;
- fabbisogno di personale in funzione degli obiettivi di Valore Pubblico da perseguire.

Tale sottosezione è finalizzata a fotografare e a programmare i livelli di salute delle risorse organizzative dell'ente al fine di migliorare le performance, di contenere i rischi e, in ultima istanza, in funzione della creazione di Valore Pubblico.

Ecco in sintesi uno schema dell'organizzazione del Centro Servizi.

Organigramma





3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il **Consiglio di Amministrazione** è l'organo di governo e di indirizzo dell'Ente, definisce quindi gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite.

E' composto da 5 membri, di cui quattro nominati dal Comune di Cerea ed dal membro di diritto Parroco pro tempore della Parrocchia di Cerea.

I membri di nomina sindacale durano in carica 5 anni con decorrenza dall'insediamento.

Il **Segretario/Direttore** è l'Organo di gestione in rapporto di convenzione con altro Ente ed esercita le seguenti funzioni:

1. per le esigenze connesse al funzionamento dell'Ufficio medesimo;
2. svolge le funzioni di responsabile della prevenzione della corruzione nonché responsabile per la trasparenza, ai sensi della vigente normativa in materia;
3. svolge le funzioni di responsabile del trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni;
4. coordina i responsabili delle aree, dei servizi e degli uffici in cui è articolato l'organigramma dell'Ente;
5. informa periodicamente il Consiglio di Amministrazione sull'andamento del bilancio e della gestione ed elabora, di concerto con l'ufficio amministrativo, la proposta di bilancio economico preventivo e di esercizio da sottoporre al Consiglio di Amministrazione;
6. propone l'adozione delle misure organizzative ritenute utili per il miglioramento della qualità dei servizi;
7. partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione provvedendo alla verbalizzazione ed alla stesura degli atti.
8. rappresenta e impegna l'Ente verso l'esterno nei casi e nei modi previsti dallo Statuto e dai regolamenti dell'Ente;
9. presiede la delegazione trattante nominata dal Consiglio di Amministrazione nelle attività di contrattazione con le organizzazioni sindacali, sottoscrivendo i contratti collettivi decentrati aziendali.
10. riesamina periodicamente il sistema di qualità dell'Ente per verificare nel tempo l'efficacia e l'adeguatezza.
11. definisce in modo formale la politica della protezione e prevenzione, in sintonia con le altre politiche aziendali.
12. svolge tutte le altre funzioni e attività a lui attribuite dallo statuto e dai regolamenti dell'Ente o a lui direttamente assegnate dal Consiglio di Amministrazione o delegate dal Presidente per il raggiungimento di specifici obiettivi.
13. approva, sulla base dell'analisi dei bisogni elaborata dal Responsabile Qualità, il Piano annuale di formazione;
14. effettua, in collaborazione con l'Ufficio Amministrativo le attività relative alla valutazione e qualificazione dei fornitori.

Della propria attività risponde direttamente al Presidente e al Consiglio di Amministrazione. Viene valutato dal **Nucleo di Valutazione**.

Organo di controllo interno: Revisore del Conto nominato dalla Regione Veneto.

Presso il Centro Servizi operavano al 31.12.2023 le seguenti figure con contratto di lavoro dipendente o assimilato (agenzia interinale): OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori professionali, Assistenti sociali, Coordinatore (vedasi tabella sottostante



ampiezza unità organizzative) e inoltre n. 6 cuochi, n. 4 impiegati amministrativi, n. 3 manutentori, n.1 responsabile gestione qualità, n. 1 addetta bar, n. 2 addette servizio lavanderia. Tutto il personale è in possesso del titolo di studio richiesto, della formazione sicurezza obbligatoria e risponde agli standards previsti dalla normativa regionale vigente.

Prestano servizio inoltre **n.4 lavoratori autonomi**: n.2 psicologi, n.1 logopedista, n.1 podologo.

Gestioni in appalto:

- servizio di **parrucchiera donna**;
- assistenza dei nuclei Vaona e Fezzi, alcuni servizi complementari di cucina e pulizia dei due reparti, servizio parrucchiere uomo e assistenza domiciliare (accorso quadro con Comune di Cerea dal 2022) gestiti dalla **Cooperativa Promozione Lavoro**;
- La **Cooperativa Bassano Solidale** gestisce invece in appalto per le pulizie e rifacimento letti di tutta la struttura, eccetto nuclei Vaona e Fezzi nei quali opera la Cooperativa Promozione Lavoro.

La responsabilità della gestione dei servizi socio-sanitari è affidata al **Coordinatore di struttura** che esercita le seguenti funzioni e attività:

- Coordina le varie figure professionali dei servizi di afferenza che operano all'interno dei singoli processi, al fine del raggiungimento degli scopi programmati dal sistema qualità.
- Collaborare con Responsabile Gestione Qualità nelle attività di propria competenza.
- Collaborare con la Direzione e con gli altri coordinatori di struttura per una efficace ottimizzazione delle risorse, al fine di un efficiente gestione dei servizi, in coerenza con il sistema qualità.

Ampiezza unità organizzative

La copertura del personale in rispondenza agli standard delle DGR 84/2007 e DGR 1720/2022 alla data del 31.12.2023, quantificata sulla base del numero di ospiti presenti (n. 158), esclusi i servizi in appalto e alcune figure professionali con contratto di lavoro autonomo risultava essere la seguente:

AREA SANITARIA - SOCIO ASSISTENZIALE	Standard Regionale al 01.01.2024	Standard Regionale a capienza (n.170)	PERSONALE IN RUOLO	ALTE FORME DI COPERTURA	COPERTURA EFFETTIVA
Coordinatore Socio Assistenziale - Area Funzionari	1,78	1,93	0	- I ruoli e le funzioni di coordinatore sono stati attribuiti a un infermiere, attraverso affidamento di un incarico quinquennale con selezione interna svolta nell'anno 2021. - n. 1 unità coordina i reparti esternalizzati.	2
Coordinatore dei servizi - Area Funzionari			0		
Coordinatore Socio Sanitario - Area Funzionari			0		
Infermiere - Area Funzionari	11,45	12,57	13,17	n. 1 infermiere ricopre ruolo di Coordinatore. n. 1 part-time 50% svolge attività di gestione farmacia.	13
Infermiere - Area Istruttori			3	n. 1 infermiere attualmente è in assenza lunga.	



Operatore Socio Sanitario- Area Operatori Esperti	54	58,06	51,83	Lo standard Regionale è determinato sui reparti interni dell'Ente (Alzheimer, Montagnoli, Anderlini) n. 2 operatori attualmente sono coperti con rapporto di lavoro a tempo determinato/somministrazione. n. 3 Operatori ricoprono il ruolo di Responsabile di Nucleo. n. 1 Operatore svolge attività afferenti al funzionamento dei reparti. n. 1 Operatore S.S. Specializzato svolge attività di supporto infermieristico n. 2 sono in assenza lunga	54
Fisioterapista - Area Istruttori	2,85	3,19	3		3
Logopedista - Area Funzionari	0,60	0,75	0	L'assistenza di Logopedista è soddisfatta da personale libero professionale	0,42
AREA SOCIALE	Standard Regionale al 01.01.2024	Standard Regionale a capienza (n.170)	PERSONALE IN RUOLO	ALTE FORME DI COPERTURA	COPERTURA EFFETTIVA
Assistente sociale Area Funzionari	6	7,05	2		2
Educatore Professionale - Area Istruttori			2		2
Psicologo Area Funzionari			0	L'assistenza di Psicologo è soddisfatta da personale libero professionale	2

Azioni organizzative specifiche per i 3 obiettivi di VP

Si individuano le seguenti azioni organizzative specifiche da perseguire per il raggiungimento dei 3 obiettivi di VP, nella tempistica prevista in tabella:

SottoSezione "Organizzazione"									
Azione organizzativa					Indicatori delle azioni organizzative				
Cod.	Nome	Responsabile	Area Organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 31.12.2023	Target	Monitoraggio anno
VP1 - ORG 1	Individuazione di n.1 coordinatore	uff. personale	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 tramite selezione	/	n. 1	
VP1 - ORG 2	Individuazione di n.1 responsabile di nucleo	direzione	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 tramite incarico o selezione	n.0	n. 1	
VP1 - ORG 3	Coinvolgimento OSS nel processo di internalizzazione e lavanderia	coordinatrice servizi	personale	Entro 2024	Salute Organizzativa	% TUTOR/ totale OSS dipendenti	20%	80%	



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017 che lo definisce come una "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". Obiettivo dichiarato è promuovere il lavoro agile per "incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro".

POLA

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile - POLA - come sezione del Piano della Performance (Art. 14, comma 1°, legge 7 agosto 2015 n. 124 come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 convertito dalla Legge 17 luglio 2020 n.77) individua le modalità attuative del lavoro agile e promuove il progressivo sviluppo del lavoro agile "ordinario" sulla base di un programma triennale.

Il Decreto del Ministro PA del 9 dicembre 2020 fornisce LINEE GUIDA SUL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) E INDICATORI DI PERFORMANCE per dare indicazioni metodologiche e supporto alle amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria.

Il POLA in quanto atto programmatico che definisce obiettivi organizzativi legati alla revisione dei modelli di organizzazione del lavoro richiede l'individuazione di specifici obiettivi di performance con correlati indicatori e target di breve, medio e lungo periodo funzionali al progressivo sviluppo del lavoro agile.

Il POLA non è un documento di programmazione obbligatorio: in caso di mancata adozione del POLA il legislatore ha solo stabilito che il lavoro agile si applica comunque ad almeno il 15% dei dipendenti ove lo richiedano (art. 14, comma 1°, legge 7 agosto 2015 n. 124); il 15% dei dipendenti adibiti ad attività che possano essere svolte in lavoro agile.

Dal POLA al PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

Le Linee Guida del Ministero per la Pubblica Amministrazione di dicembre 2021 prevedono le condizioni per lo Smart Working e hanno l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

L'Articolo 6 D.L. 80/2021 (Piano integrato di attività e organizzazione) prevede che il Piano definisca la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile.



Il DPR 81/2022 “Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione” prevede l’abrogazione del POLA (articolo 1, comma 1°, lettera b) per confluire i contenuti del lavoro agile sull’apposita sezione del PIAO.

Il DM 132/2022 disegna i contenuti della sottosezione “Lavoro Agile” che vanno ad accogliere i contenuti dell’ex POLA; sono indicati la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro). In particolare, la sezione deve contenere:

- le condizionalità e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- gli obiettivi all’interno dell’amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance;
- i contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione).

Livello di attuazione e sviluppo LA dell’Istituto

A seguito dell’emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale “modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa” per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell’azione amministrativa.

L’Ente, con determina n. 61 del 23/03/2020 e n. 64 del 27.03.2020, ha attivato la modalità di prestazione lavorativa in lavoro agile, in via emergenziale e per la durata del periodo individuato dal DPCM 11 marzo 2020 e s.m.i. ovvero, nella fattispecie di questo Ente per il servizio Amministrativo, Segretariato Sociale e alcune figure come Coordinamento e Sociosanitarie con particolari mansioni.

Con nota individuale è stato comunicato ai lavoratori l’autorizzazione a lavorare da remoto informandoli sui rischi sulla salute/sicurezza e determinando una rotazione per garantire che vi sia almeno un amministrativo al giorno presente in struttura.

Di seguito viene riportato i periodi di fruizione del “Lavoro Agile”:

<i>Figura Professionale</i>	<i>Totale lavoratori</i>	<i>Periodo</i>
Amministrativi	n. 4	24.03.2020 - 30.06.2020 09.11.2020 - 31.12.2020
Infermiera	n. 1	31.03.2020 -24.04.2020 17.11.2020 -29.12.2020
Coordinatore	n. 1	27.10.2020 - 30.10.2020

Recentemente, vista la Direttiva della Ministero per la Pubblica Amministrazione del 29.12.2023, con propria determinazione interna n. 10 del 30.01.2024, la Direzione dell’Ente ha autorizzato temporaneamente in modalità lavoro agile N.2 lavoratrici che ne hanno fatto richiesta per garantire continuità e funzionalità al servizio.

Si rimanda all’approvazione dell’apposito RL 043 Organizzazione della prestazione lavorativa in modalità smart working (lavoro agile).

Il monitoraggio dell’azione organizzativa sotto descritta è a cura dell’ufficio personale.



LAVORO AGILE									
Condizionalità					Inadeguata regolamentazione del Lavoro Agile				
Fattori abilitanti					Procedimenti/Attività che si possono svolgere non esclusivamente in presenza. Orientamento dell'amministrazione ai risultati nella gestione delle risorse umane.				
Azione organizzativa agile					Indicatori delle azioni organizzative agili				
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2023	Target	Monitoraggio anno ____
VP1, VP2, VP3, AGIL1	Approvazione Regolamento lavoro agile	Ufficio Personale	Risorse umane	2024	salute organizzativa	SI/NO	0	SI	
	Attivazione lavoro agile	Ufficio Personale	Risorse umane	2024 2025 2026	salute organizzativa	n. posizioni attivate	0	N ≥ 1	

3.3 FABBISOGNO DI PERSONALE

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (art. 6, 2° comma, D.Lgs. n. 165/2001 - PTFP) promuove l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili e il perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Le **Linee di indirizzo Ministero PA 27 luglio 2018** definiscono, ai sensi dell'articolo 6-ter, comma 1, del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, i criteri volti ad orientare le pubbliche amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi Piani dei fabbisogni di personale. L'invito è quello di definire i fabbisogni prioritari o emergenti di un'organizzazione, non fondandole esclusivamente sulla logica di sostituzione dei posti vacanti, ma su una maggiore inclinazione e sensibilità verso le nuove professioni e relative competenze professionali necessarie per rendere più efficiente e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro e le modalità anche di offerta dei servizi al cittadino attraverso, ad esempio, le nuove tecnologie.

Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze (input) sotto un duplice profilo:

- **quantitativo:** riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.
- **qualitativo:** riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'amministrazione stessa, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare.

Il **DPR 81/2022** Regolamento "Assorbimenti", chiarisce gli adempimenti soppressi poiché assorbiti nelle sezioni del PIAO, tra cui anche il Piano dei fabbisogni di Personale (PFT).

Il **parere del Consiglio di Stato 02.03.2022** cita "L'abrogazione espressa disposta dall'art. 1 comma 1 lett. b) dello schema di regolamento ha ad oggetto le sole



previsioni di cui all'art. 6, commi 1,4 e 6 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 concernenti le modalità di approvazione del Piano dei fabbisogni mentre sopravvivono le disposizioni dedicate ai suoi contenuti". Resta da chiarire se e fino a che punto il Piano dei fabbisogni conserverà non solo il nome ma anche la struttura che lo ha sin qui connotato, rivelandosi come unica innovazione quella della sua collocazione all'interno del PIAO.

Programmazione strategica delle risorse umane

Dopo aver descritto la consistenza del personale dell'Istituzione al 31.12.2023 al paragrafo "struttura organizzativa", questa sottosezione ha il compito di programmare in maniera strategica le risorse umane.

La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

In base alle linee di indirizzo del Ministero del 8 maggio 2018, il PTFP si sviluppa in una prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente. Pertanto, annualmente potrà essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale per consentire il costante monitoraggio e aggiornamento delle esigenze del personale.

L'aggiornamento del PTFP, inoltre, deve essere condotto tenendo conto delle risorse disponibili e degli impatti di carattere economico correlati.

L'Ente garantisce il rispetto degli standard regionali in relazione alla richiesta di assistenza delle aree Sociosanitaria, Socio-Assistenziale e Sociale.

DOTAZIONE ORGANICA AL 01.01.2024

La seguente tabella esprime il fabbisogno del personale considerando la "Casa de Battisti" con tutti i 170 posti occupati (relativamente agli Operatore Socio Sanitari si è tenuto conto solo del fabbisogno per i reparti gestiti dall'Ente).

In relazione alla programmazione del fabbisogno di personale per il triennio 2024/2026, si ritiene di prevedere la copertura prevista dei posti nella dotazione organica così come di seguito indicato:

Dotazione Organica	Categoria iniziale	Precedente dotazione organica approvata con delibera n. 15/2023	Posti di nuova Istituzione	Posti soppressi	Posti in ruolo coperti al 01/02/2024	Fabbisogno del personale 2024 - 2026	Posti Vacanti	Note
SERVIZIO AMMINISTRATIVO - DIRIGENZIALE								
Dirigente Amministrativo	Dirigente	1	0	0	0	1	1	Funzioni coperte con convenzione altro Ente
Funzionario Amministrativo	AREA FUNZIONARI	2	0	0	2	2	0	
Compliance		0	0,5		0,5	0,5	0	
Istruttore Amministrativo	AREA ISTRUTTORI	2	0	0	2	2	0	
SERVIZIO SANITARIO - SOCIO ASSISTENZIALE - SOCIALE								
Coordinatore Socio Sanitario	AREA FUNZIONARI	1	0	0	0	1	1	



Coordinatore Socio Assistenziale		1	0	0	0	1	1	
Coordinatore dei servizi		1	0	0	0	1	1	Funzioni coperte con incarico
Assistente sociale		2	0	0	2	2	0	
Infermiere		15,50	0	0	12,17	15,5	3,33	
Psicologo		2	0	0	0	2	2	
Logopedista			0,67			0,67	0,67	
Educatore Prof. Animatore		3	0	1	0	2	2	
Fisioterapista		3	0	0	0	3	3	
Infermiere	AREA ISTRUTTORI	3	0	5	3	FINO A ESAURIMENTO	0	
Educatore Prof. Animatore		2	0	0	2	FINO A ESAURIMENTO	0	
Fisioterapista		3	0	0	3	FINO A ESAURIMENTO	0	
Collab. Socio Assistenziale	AREA OPERATORI ESPERTI	3	0	0	3	FINO A ESAURIMENTO	0	
Operatore Socio Sanitario		72	5	0	48,84	77	28,16	
ALTRI SERVIZI								
Capo Cuoco	AREA OPERATORI ESPERTI	1	0	0	1	1	0	
Cuoco		5	0	0	5	5	0	
Manutentore		3	0	0	3	3	0	
Aus. Lavanderia	AREA OPERATORI	0	2	0	0	2	2	
Aus. Bar		0	1	0	0	1	1	

ANNO 2024

SETTORE AMMINISTRATIVO - DIRIGENZIALE:

- allo stato attuale la funzione di Dirigente - Segretario/Direttore sono garantite attraverso incarico in convenzione associata con IPAB CSA "A. Danielato" di Cavarzere VE. Nel corso dell'anno l'Amministrazione valuterà se dare copertura al posto di Dirigente con selezione a tempo determinato ai sensi dell'art. 19 comma 6 del d.lgs. 165/2001, già espletata

SETTORE SANITARIO - SOCIO ASSISTENZIALE - SOCIALE:

- per i profili di Infermieri e Operatori Socio Sanitari si procederà a coprire i posti vacanti in ragione dello standard richiesto rispetto agli accoglimenti delle persone anziane o a seguito di cessazioni per quiescenza o dimissioni, attraverso l'espletamento di procedura concorsuale pubblica per l'assunzione a tempo indeterminato.
- Con precedente deliberazione n.15/2023, si è disposta la volontà di aumentare il livello qualitativo dei servizi resi ai propri residenti, dotandosi in larga misura di personale assunto alle proprie dipendenze da inserire in modo integrale nella propria organizzazione, in modo da formare e gestire secondo i propri valori e i principi. Disponendo la volontà di riprendere totalmente, per tutte le attività, la gestione del nucleo "Vaona", che può ospitare fino a 30 persone anziane con profilo di non autosufficienza.

A tal proposito, al fine di garantire il personale atto a soddisfare gli standard assistenziali, è stato avviato l'iter concorsuale per la copertura di n. 20 posti di



Operatore Socio Sanitario di ruolo.

- In relazione ai futuri concorsi di personale per la copertura di posti vacanti, l'Ente valuterà prima di iniziare l'iter concorsuale, la possibilità di ricoprire il posto vacante tramite progressioni "verticali", avviando selezioni comparative come disposto dall'art. 13 comma 6, 7 e 8.
- Per la copertura di assenze lunghe o per lo smaltimento delle ferie maturate in corso d'anno, l'Ente procederà con l'utilizzo del lavoro flessibile atte a garantire lo standard assistenziale.
- In relazione ai posti vacanti del settore sociale e per le figure non sopraccitate l'Amministrazione valuterà nel corso dell'anno se attuare procedure concorsuali in relazione anche all'andamento dell'accoglimento di persone anziane nella struttura.
- Le figure di Psicologo e Logopedista sono attualmente coperte con personale libero professionale.

ALTRI SERVIZI

- Altri servizi come il personale del servizio lavanderia e servizio BAR, sono attualmente coperti con personale di agenzia per il lavoro, in quanto appena avviati e in fase sperimentale.

Fabbisogno Personale in funzione degli obiettivi VALORE PUBBLICO

Relativamente alla logica integrata con cui è stato redatto il presente documento, il fabbisogno di personale è inscindibilmente legato agli obiettivi di Valore Pubblico che l'amministrazione intende perseguire per il triennio 2024-2026.

Lo schema delle azioni previste è il seguente, espresso in tabella:

SottoSezione "Fabbisogno di Personale "								
Azione organizzativa					Indicatori delle azioni organizzative			
Cod.	Nome	Responsabile	Area Organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Target	Monitoraggio anno__
VP1 - PERS 1	Reclutamento OSS	uff. personale	personale	Entro 2024	Salute professionale	n. 20 OSS da assumere con concorso o agenzia interinale	n.20 OSS (n.15 rep Vaona)	
VP1 - PERS 2	Reclutamento coordinatore	uff. personale	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 coord. tramite selezione	n. 1	

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Rendicontazione attività formativa svolta anno 2023



I corsi previsti dal piano formativo anno 2023 e realizzati sono i seguenti:

Argomento del corso	Pianificazione e da raccolta fabbisogno formativo del personale?	DOCENTE/ENTE Se ESTERNO indicare la SEDE	Partecipanti	Data	Durata
AGGIORNAMENTO PREVENZIONE INCENDI	Form. obbligatoria	PROMETEO	20	02/10 e 09/10	8 h
AGGIORNAMENTO SICUREZZA LAVORATORI	Form. obbligatoria	PROMETEO	24	21/04 e 27/04	6 h
AGGIORNAMENTO PREPOSTI	Form. obbligatoria	PROMETEO	15	21/04 e 27/04 26/10 e 27/10	6 h
FORMAZIONE PREPOSTI	Form. obbligatoria	PROMETEO	10	26/10 e 27/10	8 h
FORMAZIONE SICUREZZA GENERALE	Form. obbligatoria	PROMETEO	18	27/03, 04/12	4 h
FORMAZIONE SICUREZZA SPECIFICA	Form. obbligatoria	PROMETEO	29	30/03, 11/04, 18/04	12 h
AGGIORNAMENTO SICUREZZA SPECIFICA	Form. obbligatoria	PROMETEO	30	21/04 e 27/04 11/12 e 14/12	6 h
AGGIORNAMENTO PRONTO SOCCORSO	Form. obbligatoria	PROMETEO	15	22 Maggio	6 h
AGGIORNAMENTO RLS	Form. obbligatoria	LI.VER FORMASICURO	1	02.02.2023	8 h
BLSD	Form. obbligatoria	ULSS9	Infermieri	Varie	8 h
FORMAZIONE OBBLIGATORIA PRIVACY (GDPR 679/2016)	Form. obbligatoria	Robyone	Tutti	e- learning	3 h
ETICA PUBBLICA	Form. obbligatoria	Robyone	Tutti	e- learning	2 h
"DEMENTIA ISTRUZIONI PER L'USO"	SI (OSS Anderlini)	Bertoldo Ilaria	26	07-14- 21/12/2022 11-18- 25/01/2023	6 h
DIGI-AGING	NO	CdR Bussolengo	3	18/02	3 h
LA CURA IN-DIRETTA	NO	Dott.ssa Galantin Laura/ sede itinerante	3	9/02, 2/03, 6/04, 11/05 25/05, 8/06	48 h
IL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI	NO	Appaltiamo S.r.l. (on line)	1	13 marzo	



APPLICAZIONE NUOVO CONTRATTO CCNL FUNZIONI LOCALI	NO	Pubblica s.r.l. presso Ipab Bussolengo	1	22/02,28/02	8 h
--	----	--	---	-------------	-----

Gli attestati dei corsi effettuati dal personale nel corso dell'anno 2023, anche in autonomia, sono custoditi presso l'ufficio personale.

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione intraprese, ha assunto particolare rilevanza la formazione in materia di ETICA, INTEGRITÀ e di PRIVACY eseguita nel corso del 2023 da tutto il personale in modalità e-learning tramite la piattaforma ONE EDU di Robyone.

Programma formativo triennio

E' stato predisposto e aggiornato al 30/01/2024 il mod.248 PIANO ANNUALE DI AGGIORNAMENTO / FORMAZIONE, che con il presente P.I.A.O. si ritiene approvato. Esso nasce dalla rilevazione dei fabbisogni formativi, comunicazione prot. n. 1164 del 21.12.2023, da cui sono state raccolte alcune proposte del personale per l'anno 2024 e contempla azioni di formazione professionalizzante per il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico del triennio 2024-2026, oltre alla formazione cogente.

Entro marzo 2024 è stata programmata ed è in corso di attuazione in modalità e-learning la formazione ANTICORRUZIONE di livello generale, rivolta a tutti i dipendenti.

E' prevista per l'anno 2025 una formazione anticorruzione specifica, rivolta al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirata a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Formazione OBBLIGATORIA GENERALE:

Argomento del corso	DOCENTE / ENTE	Partecipanti	Anno
CORSO PER ALIMENTARISTI	ESTERNO	TUTTO IL PERSONALE ADDETTO AI PASTI (PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE)	2024
GESTIONE EMERGENZE CON PROVE D'EVECUAZIONE	PROMETEO	TUTTO IL PERSONALE	2024
FORMAZIONE SICUREZZA GENERALE	PROMETEO	NUOVI ASSUNTI	2024 2025 2026
FORMAZIONE SICUREZZA SPECIFICA	PROMETEO	NUOVI ASSUNTI	2024 2025 2026




Formazione PROFESSIONALIZZANTE/SPECIFICA per obiettivi di VALORE PUBBLICO

SottoSezione "Formazione del personale"									
Azione formativa					Indicatori delle azioni formative				
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 31.12.2023	Target	Monitoraggio anno _____
VP1 FORM 1	Specializzare la formazione del coordinatore sanitario	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	Conseguimento master in management coordinamento professioni sanitarie (si/no)	NO	SI	
VP1 FORM 2	Formazione del Personale sul marchio Qualità e benessere Q&B	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	% personale formato/ totale OSS	5%	80%	
VP1 FORM 3	Formazione auditors del Personale sistema Qualità e benessere Q&B	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	n. auditors formati	0	n.5	
VP1 FORM 4	Formazione generale anticorruzione al personale	RGQ	Formazione	Entro 31.03.2024	salute professionale	% dipendenti formati nell'anno/ totale dipendenti	/	90%	
VP1 FORM 5	Formazione specifica anticorruzione al personale che lavora in processi a rischio	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	n. corsi attivati	0	n.1	



SEZIONE 4



**MAPPATURA DEI
PROCESSI**

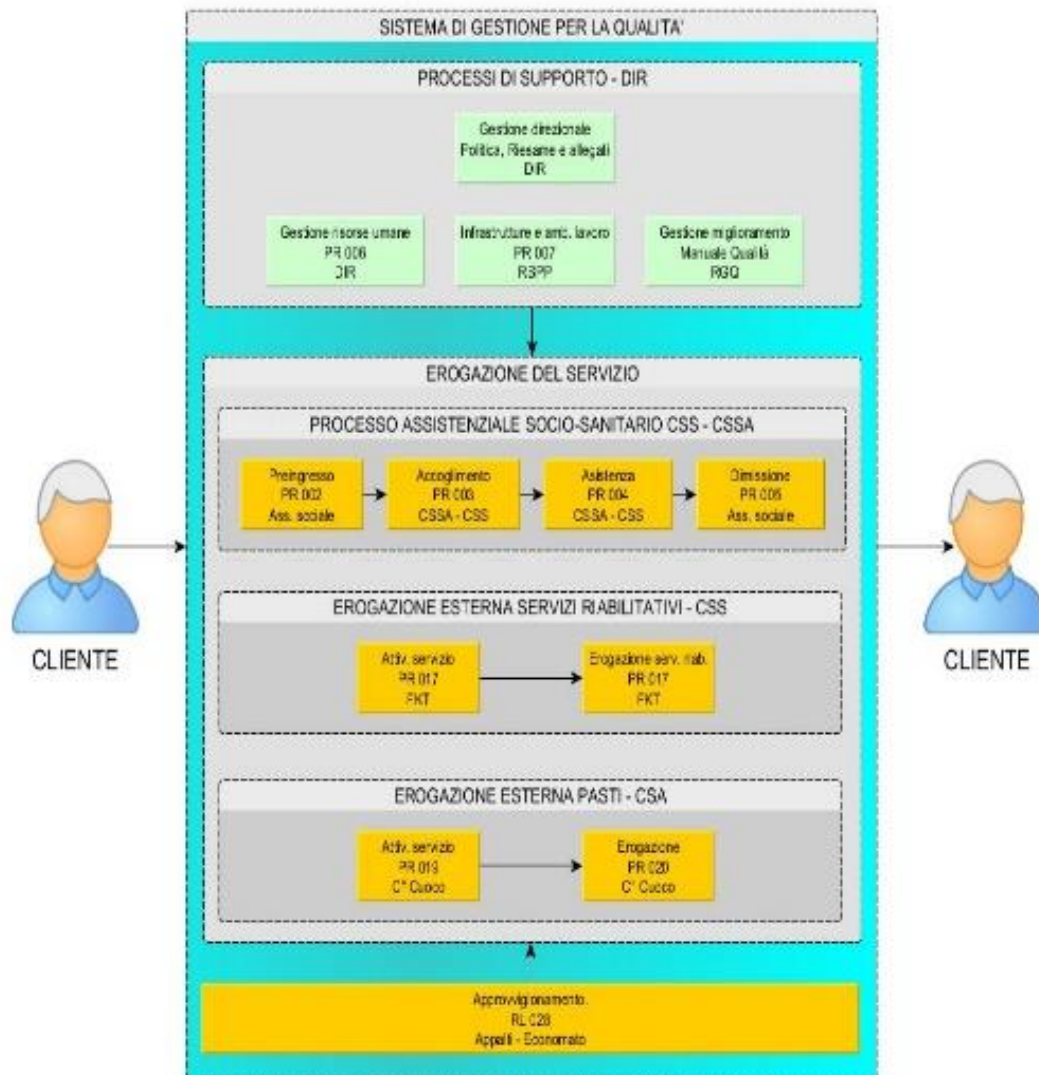


SEZIONE 4 MAPPATURA DEI PROCESSI

4.1 Mappatura integrata

L'Istituto per Anziani è certificato ISO 9001 dal 2006.

Il sistema di certificazione si basa sul presupposto della conoscenza del contesto interno in un'ottica di individuazione, analisi e rappresentazione dei processi organizzativi (MAPPATURA), che sono definiti all'interno del Manuale Qualità.



Il PIAO sancisce il passaggio dall'approccio per funzioni all'approccio per processi.

Si rimanda alla sezione Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza del PIAO per la mappatura integrata dei processi, eseguita una sola volta nel PIAO all'interno dell'analisi di contesto interno.

Per riassumere, la parte GENERALE di ogni sezione e sottosezione del PIAO è trattata negli appositi paragrafi.



La parte SPECIFICA E FUNZIONALE a generare e proteggere obiettivi di Valore Pubblico del presente PIAO 2024-2026 (+ VP, + Performance, -rischi corruttivi + trasparenza, + salute organizzativa e professionale) è riassunta nella tabella riassuntiva sottostante in un'ottica di integrazione tra i processi/sezioni:

SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E RISCHI CORRUTTIVI					
VALORE PUBBLICO					
VP 1	Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stakeholders, attraverso un'aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione				
VP 2	Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico, migliorando i consumi, evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale				
VP 3	Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE				
PERFORMANCE			RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA		
VP1	PERF 1	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa (V. delibera n. 15 del 02.10.2023).	VP 1 PERF 1 - ANTIC 1,2,3,4	Misure di Regolamentazione, trasparenza, gestione conflitto di interessi, controllo	
	PERF 2	Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale.	VP 1 PERF 2 - ANTIC 1	Misure di Controllo	
	PERF 3	Cambio arredamento reparto Anderlini (sistemazione n. armadi stanze)	VP 1 PERF 3 - ANTIC 1	Misure di Controllo	
	PERF 4	Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini	VP 1 PERF 4 - ANTIC 1	Misure di Controllo	
	PERF 5	Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	VP 1 PERF 5 - ANTIC 1	Misure di trasparenza e tracciamento	
VP2	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico		VP 2 PERF 1 - ANTIC 1	Misure di Controllo	
	Ampliamento impianto fotovoltaico		VP 2 PERF 2 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
	Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini		VP 2 PERF 3 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
VP3	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.		VP 3 PERF 1 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
	Copertura WiFi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.		VP 3 PERF 2 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
	Ristrutturazione con progetto antisismico.		VP 3 PERF 3 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
	Sollevatori a soffitto per reparto Anderlini		VP 3 PERF 4 - ANTIC 1	Misure di trasparenza	
SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO					
SALUTE ORGANIZZATIVA (ORGANIZZAZIONE)			SALUTE PROFESSIONALE (CAPITALE UMANO)		
VP1	ORG 1	Individuazione di n.1 coordinatore	VP 1	PERS 1	Reclutamento OSS per internalizzazione reparto Vaona
	ORG 2	Individuazione di n.1 responsabile di nucleo		PERS 2	Reclutamento coordinatore
	ORG 3	Coinvolgimento OSS nel processo di internalizzazione lavanderia	VP 1	FORM 1	Formazione del personale sistema Q&B
		FORM 2		Formazione auditors del Personale sistema Q&B	
		FORM 3		Formazione generale anticorruzione al personale	
VP1, 2, 3	AGIL 1	Regolamentazione lavoro Agile		FORM 4	Formazione specifica anticorruzione al personale che lavora in processi a rischio



SEZIONE 5



MONITORAGGIO



SEZIONE 5 MONITORAGGIO

Il monitoraggio è la verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi.

5.1 MONITORAGGIO INTEGRATO

La logica del monitoraggio per il PIAO è la creazione di un report integrato ispirato alla logica dell'integrazione e simmetrico rispetto al PIAO così da riuscire a quantificare:

- quanto Valore Pubblico è stato generato;
- Qual è stato il contributo delle performance alla sua creazione;
- Qual è stato il contributo effettivo delle misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza alla sua protezione;
- Qual è stato il contributo effettivo delle condizioni di salute delle risorse dell'ente alla sua abilitazione.

Il monitoraggio degli obiettivi di performance organizzativa generale segue i tempi di raccolta specifici (trimestrale-semestrale o annuale) da relazionale alla RGQ.

Per quanto riguarda il monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza si rimanda all'apposita sezione. Le schede da compilare sono allegate al paragrafo 5.2.

Per tutti gli obiettivi specifici del PIAO funzionali al raggiungimento di obiettivi di Valore Pubblico è previsto il monitoraggio con le schede allegate.

5.2 ALLEGATI MONITORAGGIO

Si allegano le schede di monitoraggio per la compilazione a cura del personale incaricato, che saranno discusse nel PIAO 2025-2027.

LA CONSEGNA È A CURA DEI SOGGETTI RESPONSABILI ENTRO IL 05 GENNAIO 2025 ALLA RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ.



Sottosezione "VALORE PUBBLICO" + "PERFORMANCE" + "MONITORAGGIO"												
ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA		1) Servizio assistenziale Vaona esternalizzato 2) malfunzionamento lavanderia esterna 3) ambienti e arredi decadenti 4) attenzione alla persona da ri-focalizzare										
OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP1)		Migliorare la QUALITA' del servizio fornito agli stakeholders, attraverso un'aumento dell'internalizzazione, interventi di miglioramento ambientale e adozione di un nuovo sistema di certificazione										
STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE						MONITORAGGIO anno _____		
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Dimensione	Formula	target assoluto	peso %	TEMPI			RISULTATI (a cura del responsabile strategia)	
								2024	2025	2026	% raggiungimento indicatore	raggiungimento peso % strategia + ev. commenti
VP1	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa (V. delibera n. 15 del 02.10.2023).	UFF. PERSONALE	<i>residenti, familiari, personale</i>	efficacia (quantità erogata)	n° OSS da assumere rep Vaona	15	20%	15				
				salute organizzativa	n° 1 coordinatore	1		1				
				efficacia (quantità erogata)	n° attrezzature da acquistare	26		26				
				efficienza	controllo diretto gestione	SI		SI				
	Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale.	COORDINATRICE, RESPONSABILE LAVANDERIA		efficacia (quantità erogata)	n. 5 reparti con lavaggio	5	20%	5				
				efficacia (quantità erogata)	lavaggio divise	100%		/	100%			
				efficienza temporale e gestionale	tempi restituzione capi ai reparti	<7 g		<7 g				
				efficacia (qualità erogata e percepita)	n° reclami o segnalazioni	2/anno da persone diverse		2/anno				
	Cambio arredamento reparto Anderlini (sistemazione n. armadi stanze)	APPALTI E MANUTENZIONE		salute organizzativa	OSS coinvolti nel processo (TUTOR)	80% del personale di reparto	20%	80%				
				efficacia (quantità erogata)	n° nuovi armadi stanze	100%		33%	33%	34%		
	Sistemazione pavimentazione e serramenti reparto Anderlini	APPALTI		efficacia (quantità erogata)	% serramenti sostituiti/da sostituire	100%	20%	/	50%	50%		
				efficacia (quantità erogata)	metri di pavimento sistemati/metri da sistemare	100%		/	50%	50%		
Certificazione Marchio Qualità e benessere Q&B	RGQ	salute professionale	n° auditor formati	5	20%	/	5					
		salute professionale	n° personale formato	80%		40%	40%					
		efficacia (quantità erogata)	acquisizione certificazione	100%		/	100%					



Sottosezione "VALORE PUBBLICO" + "PERFORMANCE" + "MONITORAGGIO"

ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA 1) Impianto di riscaldamento risalente al 1985 2) possibilità di contributi per l'efficientamento energetico 3) presenza di termoconvettori a terra poco efficienti e con perdite d'acqua rep Anderlini e Montagnoli

OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP2) Perseguire una politica di EFFICIENTAMENTO energetico, migliorando i consumi, e evitando sprechi per l'utenza con attenzione alla sostenibilità ambientale

STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE						MONITORAGGIO anno _____			
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Dimensione	Formula	target assoluto	peso %	TEMPI			RISULTATI (a cura del responsabile strategia)		
								2024	2025	2026	% raggiungimento indicatore	raggiungimento peso % strategia + ev. commenti	
VP2	Sostituzione caldaie con impianto a maggior efficientamento energetico	RAGONERIA E APPALTI	<i>residenti, familiari, personale</i>	<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione caldaie	100%	40%	100%					
				<i>efficienza finanziaria</i>	minore spesa	<82.302€		<82.302€					
				<i>efficienza produttiva</i>	minori consumi	< 104.180 mq		< 104.180 mq					
	Ampliamento impianto fotovoltaico	RAGONERIA E APPALTI		<i>efficacia ed efficienza</i>	n. pannelli installati o metri	SI	25%	/	SI				
				<i>efficienza finanziaria</i>	minore spesa	spesa <2024		/	spesa <2024				
				<i>efficienza produttiva</i>	minori consumi	consumi <2024		/	consumi <2024				
	Installazione ventilconvettori a soffitto reparti Montagnoli e Anderlini	APPALTI		<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione convettori a soffitto rep Montagnoli	100%	35%	100%					
				<i>efficacia ed efficienza</i>	sostituzione convettori a soffitto rep Anderlini	100%		/	100%				



Sottosezione "VALORE PUBBLICO" + "PERFORMANCE" + "MONITORAGGIO"

ANALISI DI CONTESTO SPECIFICA
 1) esiste un rischio caduta dal letto per l'ospite confuso 2) esigenza di ridurre le contenzioni fisiche 3) esigenza di ridurre la documentazione cartacea, velocizzare le registrazioni del servizio infermieristico per aumentare l'affidabilità delle stesse e la sicurezza del paziente 5) progetto di ristrutturazione e antisismico da realizzare

OBIETTIVO di VALORE PUBBLICO (VP3)
 Aumentare la SICUREZZA della persona accolta, promuovendo una maggior DIGITALIZZAZIONE e l'utilizzo di INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

STRATEGIA				INDICATORI DI PERFORMANCE							MONITORAGGIO anno _____		
Cod.	Nome	Responsabile	Utenti/STK	Dimensione	Formula	target assoluto	peso %	TEMPI			RISULTATI (a cura del responsabile strategia)		
								2024	2025	2026	% raggiungimento indicatore	raggiungimento peso % strategia + ev. commenti	
VP3	Installazione impianto di sorveglianza letto ospiti con intelligenza artificiale per un reparto pilota.	COORDINATRICE	<i>residenti, familiari, personale</i>	<i>efficacia (quantità erogata)</i>	n. letti con dispositivo installato	38	25%	38					
	Copertura WiFi in tutte le stanze degli ospiti e passaggio a Cartella Sanitaria 2.0 per registrazione parametri nelle stanze e modifica terapia.	RAGIONERIA		<i>salute digitale</i>	estensione copertura wi-fi	SI/NO	25%	SI					
				<i>salute digitale</i>	acquisto Cartella 2.0	SI		SI					
				<i>quantità fruita</i>	riduzione mod. cartacea	>2		>2					
	Ristrutturazione con progetto antisismico.	DIRETTORE		<i>impatto ambientale</i>	avvio progetto	50%	40%	100%					
				<i>impatto ambientale</i>	conclusione	50%			100%				
Sollevatori a soffitto per reparto Anderlini	APPALTI	<i>salute digitale</i>	realizzazione impianto	100%	10%		100%						



N	Obiettivo Qualità	Area/ Servizio	N	Indicatore	Processo di riferimento	Valore Soglia Indicatore	Responsabile Indicatore e/o Rilevazione	Frequenza Monitoraggio Indicatore	Criteria
1	Gestione delle risorse umane in ottica di una riduzione dei costi e di un aumento della professionalità	Area amministrativa	1	Indice di formazione/aggiornamento	Gestione delle risorse	>1%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di ore di formazione rapportate al numero di ore lavorative
			2	Indice di formazione/aggiornamento	Gestione delle risorse	>75%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di dipendenti che hanno fatto corsi di formazione durante l'anno
			3	Indice di turnover dei dipendenti	Gestione delle risorse	2% < x < 10%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale di dipendenti che hanno lasciato il lavoro rapportato al numero totale
			4	Indice di assenza dei dipendenti	Gestione delle risorse	< 15%	Uff. Personale (solo per rilevazione)	Annuale	Percentuale totale di ore di assenza rapportate al numero di ore potenzialmente lavorabili
2	Regolamentazione LAVORO AGILE	Salute organizzativa	1	Regolamentazione Lavoro Agile	Gestione delle risorse	SI / NO	Uff. Personale	2024	Preparazione bozza per Regolamento Lavoro Agile da approvare a cura del CdA
3	Pianificazione incontri di nucleo	Socio Assistenziale e sanitario	1	Numero di incontri di nucleo e con il personale infermieristico effettuati	Assistenziale	> 10	RdN e Coordinatore	Semestrale	Numero di incontri di nucleo effettuati in un anno
4	Efficace monitoraggio del servizio di assistenza in appalto	Socio Assistenziale e sanitario	1	Numero di verifiche/incontri sulla gestione dei nuclei in appalto	Assistenziale	≥ 1	RGQ	Trimestrale	N. di non conformità al capitolato, indicazioni operative riscontrate e/o verifiche svolte/anno
5	Formulare i PAI in ottica di un lavoro per progetti, multidisciplinare e multidimensionale	Servizio psicologico	1	PAI Elaborati	Assistenziale	≥ 100%	Psicologo	Annuale	Percentuale di PAI elaborati/verificati sul numero di residenti che rimangono in struttura almeno 2 mesi
			2	Presenza famigliari alle UOI sugli ospiti	Assistenziale	>60%	Psicologo	Annuale	Percentuale di PAI ai quali hanno partecipato i famigliari invitati in presenza o in collegamento.
6	Efficace monitoraggio dello stato cognitivo, funzionale e comportamentale degli utenti del progetto SAPA	Servizio psicologico	1	Indice di valutazione dello stato cognitivo, funzionale e/o comportamentale degli anziani inseriti nel progetto SAPA.	Assistenziale	100%	Psicologo	Annuale	Percentuale di valutazione dello stato cognitivo, funzionale e/o comportamentale degli anziani inseriti nel progetto SAPA / totale transitati SAPA.



7	Presa in carico psicologica	Servizio psicologico	1	Indice di presa in carico specialistica dei residenti non autosufficienti	Assistenziale	90%	Psicologo	Trimestrale	Rapporto percentuale di presa in carico (indicazioni, consegne, monitoraggio comportamentale ecc) per utenti non autosufficienti.
8	Efficace monitoraggio e valutazione dell'utenza con problemi alimentari	Servizio Logopedico	1	Indice di presa in carico specialistica di ospiti con sintomi di disfagia nella struttura	Assistenziale	> 15%	Logopedista	Semestrale	Rapporto percentuale fra il numero di valutazioni effettuate e il numero di ospiti che hanno transitato in struttura non autosufficienti
9	Attivazione di un sistema di valutazione e monitoraggio dell'utenza con problemi motori	Servizio Riabilitativo	1	Indice di presa in carico dell'utenza	Assistenziale	100%	FKT	Trimestrale	Percentuale di utenti presi in carico dal servizio riabilitativo (valutazione, indicazioni, ausili).
			2	Indice di valutazione dello stato funzionale degli utenti nuovi entrati	Assistenziale	90%	FKT	Trimestrale	Percentuale di valutazioni funzionali dei nuovi entrati con compilazione Barthel.
			3	Indice di interventi da parte del servizio riabilitativo sull'utenza	Assistenziale	>50%	FKT	Trimestrale	Numero di anziani che svolgono trattamenti e/o attività motoria in rapporto al n. utenti (includere interventi di gruppo).
10	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle contenzioni fisiche nei reparti demenze	Servizio Infermieristico ed Assistenziale	1	Indice di assenza totale (diurna e notturna) di contenzioni all'interno del reparto Alzheimer	Assistenziale	>10%	Infermiere, OSS (Coordinatore per rilevazione)	Semestrale	Percentuale di ospiti del reparto Alzheimer senza nessuna prescrizione di contenzione fisica sul numero di ospiti transitati nel reparto Alzheimer
			2	Indice di ospiti non contenuti durante il giorno nei reparti Montagnoli e Alzheimer	Assistenziale	>65%	Infermiere, OSS (Coordinatore per rilevazione)	Semestrale	Percentuale di ospiti dei reparti Montagnoli e Alzheimer senza nessuna prescrizione di contenzione fisica diurna sul numero di ospiti transitati nei due reparti
11	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle lesioni da pressione	Servizio Infermieristico	1	Indice di presenza di lesioni da pressione in struttura	Assistenziale	< 30%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Numero di anziani che presenta lesioni da pressione insorte in struttura rapportato al numero di ospiti non autosufficienti transitati nel periodo
12	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle cadute accidentali a carico dell'utenza	Servizio Infermieristico	1	Indice di cadute	Assistenziale	< 20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti caduti sul numero di anziani in struttura
			2	Indice di cadute	Assistenziale	< 40%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Rapporto fra il numero di scheda cadute e il numero di anziani in struttura



			3	Analisi cause cadute	Assistenziale	≥ 50%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di cadute in cui è possibile risalire alla causa scatenante
13	Attivazione di un sistema di monitoraggio delle infezioni	Servizio Infermieristico	1	Indice infezioni urinarie	Assistenziale	<20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con infezioni alle vie urinarie sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
			2	Indice infezioni	Assistenziale	<50%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con infezioni non urinarie sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
14	Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'uso di catetere vescicale	Servizio Infermieristico	1	Indice utilizzo catetere vescicale	Assistenziale	<20%	Infermiere (Coordinatore per rilevazione)	Trimestrale	Percentuale di ospiti con cateteri vescicali posizionati in struttura sul totale degli ospiti non autosufficienti transitati.
15	Monitoraggio attività di animazione	E.P.A.	1	Partecipazione utenza a progetti animativi	Assistenziale	≥1	EPA	Annuale	Relazione Annuale descrittiva delle attività svolte nell'anno trascorso con descrizione del grado di partecipazione dei residenti e del loro gradimento. Proposte per l'anno a venire.
			2	Publicazione giornalino "L'Arca"	Assistenziale	≥4	EPA	Annuale	N. pubblicazioni giornalino / anno (almeno 4)
16	Monitoraggio bagni	Area Socio Assistenziale	1	Effettuazione dei bagni agli ospiti	Assistenziale	≤ 1,02	OSS/ RDN / COORD	Trimestrale	Rapporto fra numero di bagni da fare e numero di bagni effettuati
17	Valutazione in ingresso abilità residue	Area Socio Assistenziale	1	Compilazione scheda Bartlel funzionale CBA	Assistenziale	90%	RDN / FKT	Semestrale	Compilazione Barthel funzionale per nuovi ingressi
18	Prevenzione rischio calo o aumento ponderale	Area Socio Assistenziale	1	Monitoraggio peso corporeo ospiti	Assistenziale	100%	OSS/RDN	Trimestrale	Registrazione Peso Ospite (almeno 1 volta/mese)
			2	Segnalazioni anomalie peso corporeo	Assistenziale	≥50	OSS/RDN	Trimestrale	N° segnalazioni/consegne al servizio sanitario per variazioni significative
19	Favorire la partecipazione alle riunioni	Area Socio Assistenziale	1	Partecipazione a riunioni di reparto/servizio	Assistenziale	70%	OSS / INFERMIERI	Annuale	Percentuale presenza a riunioni indette per reparto / servizio
20	Attivazione sistema monitoraggio dei costi per prodotti per incontinenza	Servizio alberghiero / assistenziale	1	Indice di costo medio giornaliero prodotti di incontinenza	Assistenziale	< 1,45 €	OSS e COORD (RgQ solo rilevazione)	Annuale	Costo medio giornaliero per incontinenti dei prodotti per incontinenza (pannolini)
21	Monitoraggio tempi manutenzione	Servizio Manutenzione	1	Tempo di realizzazione interventi di manutenzioni	Supporto	< 5 gg	Manutenzione (Ragioneria solo rilevazione)	Annuale	Numero di giorni che intercorrono dalla comunicazione dell'intervento ai manutentori alla data di intervento stesso



22	Perseguire la soddisfazione dell'utenza	RGQ	1	Indice di risposta dei questionari trasmessi ai famigliari	Supporto	>50%	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	Percentuale di questionari ritornati compilati / questionari consegnati
			2	Grado di soddisfazione	Supporto	≥ 70%	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sul livello di soddisfazione del servizio fornito / totale risposte quesito
			3	Orari di apertura che facilitano la visita al proprio famigliare	Supporto	> 70 %	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sugli orari di apertura che facilitano la visita al famigliare / totale risposte quesito
			4	Indice di gradimento comunicazione gestita dalla struttura	Supporto	> 70 %	RGQ (solo rilevazione)	Annuale	% di valutazioni 4 e 5 sulla qualità della comunicazione gestita dalla struttura / totale risposte quesito
23	Gestione ingressi e liste d'attesa	Sociale	1	Indice di saturazione/ occupazione posti letto residenti	Assistenziale	≥ 57.462	Assistenti sociali (Ragioneria solo rilevazione)	Annuale	n. giornate presenza ospiti residenti autosufficienti e non autosufficienti (no CD) / anno
24	Fornitura pasti esterni (privati)	Pasti esterni	1	Attivazione servizio pasti privati a domicilio	Fornitura pasti esterni	SI/NO	Cucina e Assistenti sociali (resp rilevazione)	Annuale	Organizzazione nuovo servizio pasti privati a domicilio
25	Controllo magazzino	Economato	1	Controllo dotazione di magazzino con programma CBA.	Supporto	n.1	Economato	Annuale	Stampa inventario dotazione magazzino / anno
27	Controllo dei costi dei servizi in appalto	Economato	1	Segnalazione scostamenti sui costi dei servizi in appalto (pulizie/rifacimento letti, prodotti igiene e incontinenza)	Supporto	n.12	Economato	Annuale	n. verifiche / anno
28	SEMPLIFICAZIONE	RGQ	1	n. processi semplificati	Salute organizzativa	n.	RGQ	Annuale	n. processi semplificati
29	PIENA ACCESSIBILITA'	Ragioneria	1	Valutazione di accessibilità sito web	Salute digitale	SI/NO	Ragioneria	Annuale	Sito web accessibile
30	PARI OPPORTUNITÀ E EQUILIBRIO DI GENERE	PERSONALE	1	Rispetto criterio equilibrio di genere nelle commissioni di concorso	Salute organizzativa	SI/NO	Personale	Annuale	Rispetto criterio equilibrio di genere nelle commissioni di concorso



RISK ASSESSMENT		RISK TREATMENT						
Evento rischioso	Valutazione del rischio	Misura	Indicatore di trattamento del rischio (formula)	Responsabile Misura	Monitoraggio anno _____	Target 2024	Target 2025	Target 2026
Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture	Moderato	Trasparenza	Presenza o meno (SI/NO) in Amministrazione Trasparente del collegamento ipertestuale alla BDNCP	Appalti		SI	SI	SI
Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare;	Scarso	Trasparenza	Pubblicazione in AT (SI / NO)	Appalti		SI	SI	SI
Gestione dei costi e dei ricavi	Scarso	Controllo	Relazioni trimestrali per CDA	Ragioneria		4 /anno	4 /anno	4 /anno
Selezione del personale	Scarso	Regolamentazione	Presenza regolamentazione (SI / NO)	Personale		SI	SI	SI
		Trasparenza	Percentuale Pubblicazione atti concorsi/n°atti da pubblicare	Personale		100%	100%	100%
		Gestione conflitto interessi	Percentuale presenza di dichiarazioni di assenza conflitto interessi componenti commissioni/n°commissari	Personale		100%	100%	100%
Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici del personale dipendente	Scarso	Regolamentazione	Presenza o meno regolamentazione (SI / NO)	Personale		SI	SI	SI
		Trasparenza	Pubblicazione atti (SI / NO)	Personale		SI	SI	SI
Conferimento di incarichi di collaborazione	Scarso	Trasparenza	Percentuale Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Personale		100%	100%	100%
Procedure di accesso a servizi in regime residenziale	Scarso	Controllo	Certificazione con il Sistema qualità di modulo per lista di attesa utenti in regime privatistico (SI-NO)	Assistente sociale		SI	SI	SI
Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli utenti	Scarso	Controllo	Possibilità di segnalazioni Whistleblowing con garanzia di anonimato (SI / NO)	Direzione		SI	SI	SI
		Formazione	% personale formato in materia di etica pubblica e anticorruzione / totale dipendenti	Direzione-RgQ		50% (antic.)	100%	100%



PERFORMANCE		RISK ASSESSMENT		RISK TREATMENT						
Codice obiettivo di performance	Denominazione obiettivo di performance	Evento rischioso	Valutazione del rischio	Misura	Responsabile Misura	Indicatore di trattamento del rischio(formula)	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Monitoraggio anno_____
VP1 PERF 1	Internalizzazione del servizio di assistenza del reparto Vaona attualmente gestito tramite cooperativa	Selezione del personale	scarso	Regolamentazione	Uff. personale	Presenza regolamentazione (SI / NO)	SI	/	/	
				Trasparenza	Uff. personale	Percentuale atti pubblicati concorsi e/o selezione / n°atti da pubblicare	100%	/	/	
				Gestione conflitto interessi	Uff. personale	Percentuale presenza di dichiarazioni di assenza conflitto interessi componenti commissione / n°commissari	100%	/	/	
		Acquisto attrezzatura	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	100%	/	/	
VP1 PERF 2	Internalizzazione del lavaggio della biancheria degli ospiti per tutti i reparti (attualmente sperimentazione con rep. Anderlini) e del lavaggio delle divise del personale	Approvvigionamento detersivi/ detergersi	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	90%	10%	/	
VP1 PERF 3	Cambio arredamento reparto Anderlini	Acquisto arredo	moderato	Controllo	Uff. appalti	Procedure svolte con sistemi telematici tracciabili (SI/NO) Richieste di n.>1 preventivo per affidamenti diretti	33%	33%	33%	



SottoSezione "Organizzazione"									
Azione organizzativa					Indicatori delle azioni organizzative				
Cod.	Nome	Responsabile	Area Organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 31.12.2023	Target	Monitoraggio anno
VP1 - ORG 1	Individuazione di n.1 coordinatore	uff. personale	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 tramite selezione	/	n. 1	
VP1 - ORG 2	Individuazione di n.1 responsabile di nucleo	direzione	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 tramite incarico o selezione	n.0	n. 1	
VP1 - ORG 3	Coinvolgimento OSS nel processo di internalizzazione lavanderia	coordinatrice servizi	personale	Entro 2024	Salute organizzativa	% TUTOR/ totale OSS dipendenti	20%	80%	

LAVORO AGILE									
Condizionalità					Inadeguata regolamentazione del Lavoro Agile				
Fattori abilitanti					Procedimenti/Attività che si possono svolgere non esclusivamente in presenza. Orientamento dell'amministrazione ai risultati nella gestione delle risorse umane.				
Azione organizzativa agile					Indicatori delle azioni organizzative agili				
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 2023	Target	Monitoraggio anno
VP1, VP2, VP3, AGIL1	Approvazione Regolamento lavoro agile	Ufficio Personale	Risorse umane	2024	salute organizzativa	SI/NO	0	SI	
	Attivazione lavoro agile	Ufficio Personale	Risorse umane	2024 2025 2026	salute organizzativa	n. posizioni attivate	0	N □□□	



SottoSezione "Fabbisogno di Personale "								
Azione organizzativa					Indicatori delle azioni organizzative			
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Target	Monitoraggio anno__
VP1 - PERS 1	Reclutamento OSS	uff. personale	personale	Entro 2024	Salute professionale	n. 20 OSS da assumere con concorso o agenzia interinale	n.20 OSS (n.15 rep Vaona)	
VP1 - PERS 2	Reclutamento coordinatore	uff. personale	personale	Entro 2024	Livello di coordinamento organizzativo	n. 1 coord. tramite selezione	n. 1	

SottoSezione "Formazione del personale"									
Azione formativa					Indicatori delle azioni formative				
Cod.	Nome	Responsabile	Area organizzativa	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline 31.12.2023	Target	Moniotoraggio anno
VP1 FORM 1	Formazione del Personale sistema Qualità e benessere Q&B	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	% personale formato/ totale OSS	5%	80%	
VP1 FORM 2	Formazione auditors del Personale sistema Q&B	RGQ	Formazione	Entro 31.12.2025	salute professionale	n. auditors formati	0	n.5	
VP1 FORM 3	Formazione generale anticorruzione al personale	RGQ	Formazione	2024	salute professionale	% dipendenti formati nell'anno/ totale dipendenti	/	90%	
VP1 FORM 4	Formazione specifica anticorruzione al personale che lavora in processi a rischio	RGQ	Formazione	Entro 2025	salute professionale	n. corsi attivati	0	n.1	