
Azienda Servizi alla Persona Ravenna Cervia e
Russi



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025- 2027

Indice dei contenuti

1 Premessa	4
1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione	4
2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione	5
3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione	10
3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	10
3.2 Sottosezione di programmazione - Performance	11
3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	20
3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità	20
3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione	21
3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza	23
3.3.3.3 Trattamento del rischio	23
3.3.4 Analisi del contesto	23
3.3.4.1 Contesto esterno	24
3.3.4.2 Contesto interno	24
3.3.5 Valutazione del rischio	24
3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi	24
3.3.5.2 Analisi del rischio	24
3.3.6 Ponderazione del rischio	29
3.3.7 Trattamento del rischio - Misure	30
3.3.7.1 Misure	31
3.3.7.1.1 A : Misura di trasparenza	1
3.3.7.1.2 B: Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	32
3.3.7.1.3 C : Digitilizzazione dei processi	32
3.3.7.1.4 D: Monitoraggio dei tempi procedurali	33
3.3.7.1.5 D: Misure di gestione del conflitto di interessi	33
3.3.7.1.6 E: Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertice	34
3.3.7.1.7 F: Commissioni di concorso	34

3.3.7.1.8 G: Whistleblowing	35
3.3.7.1.9 H: Misure di formazione e aggiornamento	36
3.3.7.1.10 I: Misure di rotazione	37
3.3.7.1.11 L: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro	37
3.3.7.1.12 M: Svolgimento periodico di rilevazione della qualità percepita dagli utenti e loro familiari.	38
3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio	39
3.3.8.1 Area A- Acquisizione e progressione del personale	39
3.3.8.2 Area B - Affidamento di lavori, servizi e forniture	1
3.3.8.3 Area C -Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	42
3.3.8.4 Area D - Incarichi e nomine	42
3.3.8.5 Area E - Gestione servizi alla persona	1
3.3.8.6 Area F - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	45
3.3.9 Trasparenza e Integrità	48
3.3.9.1 Responsabili della pubblicazione, procedura di pubblicazione dei dati e obiettivi	48
3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni	48
3.3.9.3 Accesso documentale (Artt.22 e ss. Legge n.241/1990)	49
3.3.9.4 Accesso civico semplice (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	49
3.3.9.5 Accesso civico generalizzato (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	49
4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano	51
4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	51
4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile	53
4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale	54
5 Sezione 4: Monitoraggio	66

1 Premessa

1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione

Con questo documento Azienda Servizi alla Persona Ravenna Cervia e Russi adotta il Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025- 2027 (d'ora in poi PIAO), nel rispetto delle disposizioni contenute nell'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n.113, e delle specifiche indicazioni nascenti dall'unione del decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81 e del decreto ministeriale 24 giugno 2022.

Trattasi di un documento programmatico, di durata triennale, aggiornato annualmente, complesso, sperimentale e di transizione, che ha il compito di definire:

- Gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

All'interno del PIAO sono confluiti alcuni dei principali piani triennali tra cui:

- il Piano triennale dei fabbisogni del personale;
- Il Piano triennale della performance;
- Il Piano triennale delle azioni positive;
- Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA);

Azienda Servizi alla Persona Ravenna Cervia e Russi si riserva di modificare e/o integrare il Piano anche a seguito dell'emanazione delle specifiche linee guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, e/o eventuali aggiornamenti normativi.

Il presente Piano è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione con **deliberazione n. 1 del 30/01/2025** .

2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione	ASP Ravenna Cervia e Russi
Sede legale	Piazza del Popolo 1, Ravenna
Sede Amministrativa	Viale della Lirica 21, 48121 Ravenna
Codice fiscale e partita IVA	02312680396
Sito Internet	www.aspravennacerviaerussi.it
E. mail	info@aspravennacerviaerussi.it
Telefono	0544/456050
Pec	pec@pec.aspravennacerviaerussi.it
Consiglio di Amministrazione	Avv. Fabiola Gardelli Presidente; Monica Grilli Vice Presidente; Dott. Gianni Cortesi, Consigliere.
Comuni Soci	Ravenna, Cervia e Russi
Revisore Unico Organo di controllo esterno	Dott. Roberto Tontini
Organismo Indipendente Valutazione in forma Monocratica	Dott. Marco Grasso
Numero Anziani assistiti e beneficiari diretti	256

I servizi gestiti dall'Asp Ravenna Cervia e Russi

Tipologia di Servizio gestito	Comune Cervia	Comune Russi	Comune Ravenna	Anziani accolti per servizio gestito

Posti di Casa Residenza per Anziani accreditati convenzionati	66	62	0	128
Posti di Casa Residenza a libero mercato	0	2	0	2
Posti Centro diurno accreditati	20	20	0	40
Posti Centro diurno libero mercato	5	0	0	5
Posti Comunità alloggio	18	0	31	49
Posti in appartamenti protetti	0	16	16	32
Totale anziani accolti per zona	109	100	47	256

le rette giorno applicate agli ospiti presso i servizi gestiti dall'Asp per l'anno 2025

	Rette alberghiere a carico degli ospiti giorno	Rette alberghiere a carico degli ospiti giorno dal 01/02/2025
Servizi Residenziali		
CRA F. Busignani CERVIA (66posti)	€ 49,50	54,15
CRA A. Baccarini Russi (62 posti)	€ 49,50	54,15
CRA A. Baccarini Russi posti a Libero Mercato (2 posti)	€69,00	73,10
Servizi Semi residenziali		
CD F. Busignani CERVIA (20 posti)	€ 28,00	28,00
CD F. Busignani CERVIA posti a Libero Mercato (5 posti)	€33,00	35,00
CD A. Baccarini Russi (20 posti)	€28,00	28,00

Rette ospiti Comunità Alloggio Ravenna

Rette ospiti Comunità Alloggio Ravenna:

- San Giovanni Bosco (Autorizzata al funzionamento per 14 ospiti, in 2 stanze doppie e 10 singole)
- Villa Fabbri e Fantini (Autorizzata al funzionamento per 17 ospiti, in 7 stanze doppie e 3 singole)

Retta mensile stanza doppia

Range ISEE	Retta mensile
PER ISEE da 0 – 8.500,00	€ 850,00
PER ISEE da 8.500,01 – 15.000,00	€ 950,00
PER ISEE da 15.000,01 – 22.500,00	€ 1.300,00
PER ISEE da 22.500,01 – 30.000,00	€ 1.600,00
PER ISEE OLTRE 30.000,00	€ 1.750,00

Retta mensile stanza singola

Range ISEE	Retta mensile
PER ISEE 0 – 8.500,00	€ 1.000,00
PER ISEE 8.500,01 – 15.000,00	€ 1.100,00
PER ISEE 15.000,01 – 22.500,00	€ 1.450,00
PER ISEE 22.500,01 – 30.000,00	€ 1.750,00
PER ISEE OLTRE 30.000,00	€ 1.900,00

Rette ospiti Comunità Alloggio in Via Abruzzi a Cervia

(Autorizzata al funzionamento per 18 ospiti, in 9 stanze doppie)

Retta Mensile uguale per tutti	€ 551,00
Lavanderia al consumo mensile	€ 57,00
Pasti giornata alimentare	€ 12 giornata alimentare (mezza giornata alimentare € 6)

Rette complesso appartamenti protetti Valentiniano Ravenna

Può accogliere 16 ospiti in 12 appartamenti (4 appartamenti doppi e 8 singoli)

Retta incluse spese in appartamento singolo	€ 420,00
Retta incluse spese in appartamento doppio	€ 300,00

Rette appartamenti protetti Piazza Farini a Russi

Può accogliere 16 ospiti in 9 appartamenti (7 appartamenti bilocali e 2 monolocali)

Retta incluse spese in appartamento doppio	€ 450,00
Retta incluse spese in appartamento singolo	€ 350,00

L' Asp di Ravenna Cervia e Russi, costituita nel 2008, opera ai sensi dello Statuto aggiornato nel 2019 facendo seguito ad una radicale riorganizzazione dei servizi sociali e socio assistenziali del Distretto di Ravenna del 2017 quando è stata istituita la Gestione Sociale Associata dei Comuni di Ravenna Cervia e Russi.

Le finalità dell'ASP sono:

1. l'organizzazione ed erogazione di servizi assistenziali, servizi sociali e socio-sanitari rivolti ad anziani e disabili, secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano Sociale di Zona, nonché nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei Soci di cui all'articolo 13 e ss dello Statuto.. Potrà altresì gestire servizi di carattere educativo, culturale e ricreativo rivolti ad anziani e disabili;
2. la promozione e realizzazione di ulteriori interventi ed attività inerenti nuovi bisogni individuati nell'ambito di quanto definito dalla programmazione locale.

L'ASP ispira ed orienta la propria attività al rispetto delle finalità e dei principi indicati nella legge regionale n. 2 del 2003 ed in particolare:

1. rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;
2. adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.

L'ASP riconosce nell'apporto professionale degli operatori un fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona, a tal fine:

1. promuove la formazione degli operatori come strumento della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;
2. favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa;
3. riconosce e sostiene l'apporto del volontariato sociale.

L'attività dell'ASP è regolata dalla convenzione tra i Comuni soci, ovvero i Comuni di Ravenna, Cervia e Russi, che compongono il Distretto territoriale di Ravenna, sottoscritta il 14 gennaio del 2019.

La governance

Organi dell'A.S.P. sono: l'Assemblea dei Soci; il Consiglio di Amministrazione; l'Organo di revisione contabile (Revisore unico).

L'Assemblea dei Soci è l'organo di indirizzo e di vigilanza sull'attività dell'Azienda è composta dai Sindaci dei Comuni di Ravenna Cervia e Russi.

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. L'Assemblea Soci con Delibera n. 7 del 09/10/2024 ha nominato il Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione con Delibera n.17 del 14/10/2024 ha nominato il Presidente del Consiglio di Amministrazione. Il Presidente del Consiglio di Amministrazione ha la rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Consiglio di Amministrazione con delibera di C.d.A n. 23 del 06/12/2024 ha prorogato l'incarico di Direttore nelle more nelle more del tempo necessario all'espletamento di una procedura comparativa per il conferimento di un nuovo incarico, ai sensi dell'Art. 19 del D.lgs 165/2001 e dell'art Art. 12 del Regolamento degli uffici e dei servizi dell'Ente.

Gli Organi di controllo

L'Organo di revisione contabile esercita il controllo sulla regolarità contabile, vigila sulla correttezza della gestione economico finanziaria dell'A.S.P. e svolge ogni altra funzione prevista dagli articoli 2403, 2409 bis e 2404 del Codice Civile. L'Organo di revisione contabile è stato nominato con la Deliberata dalla Giunta della Regione Emilia Romagna con Atto n. 873 del 17/07/2020. L'Assemblea Soci con delibera n.3 del 05/08/2020 ha preso atto della nomina del revisore unico nella persona del Dott. Roberto Tontini sino al 30/06/2025.

L'ASP si è dotata inoltre di un Nucleo Indipendente di valutazione in forma Monocratica che svolge funzioni di controllo interno in analogia con quelle richiamate per gli OIV di cui all'Art. 14 e del D.Lgs. 150 del 2009 e ss.mm.ii.. Il Consiglio di Amministrazione con delibera n. 5 del 21/03/2022 ha nominato Nucleo Indipendente di valutazione il Dott. Marco Grasso per tre anni dal 01/04/2022 al 31/03/2025.

3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Il valore pubblico è il miglioramento del benessere (economico, sociale, ambientale) delle persone di cui l'ASP si prende cura e delle comunità di riferimento, degli stakeholder, dei destinatari dei servizi prodotti. La sfida in fase di programmazione è migliorare la qualità dei servizi prestati agli anziani ospiti e ai loro familiari conseguendo contestualmente maggiore efficacia, efficienza ed economicità al fine ultimo di impattare positivamente sulla salute e il benessere degli anziani stessi, ma anche del personale impiegato, della comunità, dei territori e sui cittadini in generale dei Comuni di Ravenna, Cervia e Russi. In fase di misurazione e valutazione ci si concentra sulla misurazione e valutazione del contributo delle performance individuali alle performance organizzative alla creazione di valore pubblico.

Il valore pubblico non deve essere individuato in maniera autoreferenziale dall'amministrazione, ma bisogna creare una governance collaborativa per condividere insieme agli ospiti e ai territori, in ottica partecipativa, quello che è valore pubblico in quel preciso momento in quel preciso contesto, ovvero fare il bene degli anziani avendo però a cuore gli operatori impiegati, i fornitori di beni e servizi, la comunità e lo sviluppo economico dei territori.

La sfida è passare dalla logica della creazione di valore pubblico affidata alla sola amministrazione alla logica della co-creazione di valore pubblico. Occorre ragionare in termini di generazione del valore pubblico per le comunità insieme alle comunità. Una logica di "performance di filiera" e di co-creazione di valore pubblico che tiene vicina l'ASP ai territori in cui opera non solo per gli anziani che ospita e di cui si prende cura.

3.2 Sottosezione di programmazione - Performance

L'ASP è dotata di un manuale per la valutazione della performance che è stato aggiornato tramite un percorso partecipativo con i lavori, il confronto con le Organizzazioni sindacali e acquisito il parere del Nucleo Indipendente di valutazione ed è stato approvato nella versione vigente con Delibera n. 1 del 30/01/2023.

È il Consiglio di Amministrazione, organo di indirizzo politico-amministrativo, che approva, su proposta del Direttore, il Piano programmatico triennale e il PIAO, con obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione.

Particolare attenzione viene attribuita alla fase di definizione delle aree di miglioramento a valenza strategiche attraverso le quali si intende realizzare il piano-programma. Per questo, entro il mese di gennaio dell'anno di riferimento, il Consiglio di Amministrazione definisce gli obiettivi strategici (e i relativi outcome) entro i quali sarà attivata la successiva pianificazione operativa. In quest'ultima, pertanto, saranno indicati chiaramente obiettivi (strategici e operativi) con i relativi indicatori di risultato in maniera tale che, secondo un meccanismo "a cascata", gli obiettivi siano collegati fra loro secondo una relazione causale e non come mera trascrizione su livelli temporali ed organizzativi diversi.

Gli obiettivi saranno individuati in numero limitato, ma saranno rilevanti, prioritari e coerenti con le posizioni ricoperte e chiaramente collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'Azienda, con specifico riferimento al periodo annuale di valutazione. Una volta definiti, il Consiglio di Amministrazione e il Direttore definiscono altresì la pesatura degli stessi in relazione al valore complessivo 100%.

Il sistema prevede che, ad ogni capacità e ad ogni obiettivo possa essere associato un "peso", cioè un certo valore, un punteggio. Questa scelta può facilitare la gestione nel caso in cui al sistema di valutazione sia associato un sistema premiante come mezzo di riconoscimento e rinforzo ulteriori delle prestazioni e dei comportamenti attesi.

I valori della "pesatura" sono definiti contestualmente alla elaborazione delle schede in relazione all'importanza che ogni posizione attribuisce alle singole capacità all'interno del quadro complessivo delle capacità scelte per essere valutate. La predisposizione di diagrammi ad albero favorisce l'attribuzione di tali valori consentendo di assegnare pesi diversi a comportamenti ritenuti più o meno positivi.

Posto, per esempio, il valore 100 come valore complessivo di tutte le capacità, nell'ambito di tale cifra viene attribuito un peso relativo alle singole capacità e, all'interno di ogni capacità vengono assegnati pesi specifici alle diverse articolazioni dei comportamenti che la descrivono.

Tali pesi specifici di ogni singola capacità, devono essere intesi come intervallo da un minimo ad un massimo utilizzando anche i decimali intermedi, per consentire una migliore e più articolata valutazione.

Per quanto concerne la "pesatura" degli obiettivi il procedimento è il medesimo: ogni obiettivo viene anticipatamente valorizzato in base a criteri definiti e, in ogni caso, con valore complessivo 100.

Il ciclo della valutazione

Schematicamente fasi, tempi, ruoli e responsabilità del ciclo di gestione della performance possono essere così rappresentati:

1. **Definizione delle aree di rendicontazione** - Entro il 31 gennaio dell'anno oggetto della valutazione
2. **Piani programmatici: con definizione dei progetti e degli obiettivi strategici e annuali** - Entro il 31 gennaio dell'anno oggetto della valutazione
3. **Definizione di obiettivi operativi, indicatori e valori attesi annuali (contestualizzazione)** - Entro 20 gg approvazione piani programmatici DG vs PO – PO vs COLLAB
4. **Monitoraggio, feedback e misurazione delle performances 2 colloqui** - intermedio e finale CdA - DG – posizioni superiori
5. **Valutazione del personale dipendente e colloqui individuali**: Entro 31 marzo DG - Posizioni superiori

6. **Valutazione del Direttore Generale CdA** dopo approvazione bilancio di esercizio (con validazione relazione sulla performance del NIdV)

Priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti

La Programmazione

Il Consiglio di Amministrazione è stato insediato il 14/10/2024 e rimarrà in carica per 5 anni..

È l'organismo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. Le Aree in cui è stata organizzata l'attività dell'ASP consentono, a modello organizzativo e regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi vigenti, al Consiglio di Amministrazione di declinare gli indirizzi strategici dei soci in obiettivi a valenza triennale per definire il programma di attività della direzione con obiettivi e indicatori per la valutazione.

Il Direttore a sua volta, coerentemente, declinerà il programma delle attività per la direzione in obiettivi e indicatori da assegnare ai titolari di incarichi di Elevata Qualificazione che sono responsabili dei Servizi.

I tempi di realizzazione degli obiettivi

In coerenza con gli indirizzi strategici di mandato confermati dai Soci Il Consiglio adotta gli obiettivi triennali dell'ASP per il periodo 2025-2027.

Gli obiettivi triennali vengono utilizzati per la redazione del "programma di attività della direzione" triennale, articolato in annualità, attraverso azioni, obiettivi e indicatori per la valutazione del Direttore stesso e dei titolari di incarichi di Elevata Qualificazione.

Le tempistiche di realizzazione degli obiettivi triennali assegnati e annuali pianificati potranno incontrare scostamenti temporali nella loro realizzazione. Per motivi estranei all'organizzazione dell'Ente tali scostamenti dovranno essere tempestivamente comunicati al Consiglio di Amministrazione per una valutazione strategica dei possibili effetti.

Linee di indirizzi e programmazione triennale dell'ASP

A partire dai contenuti della programmazione relativa agli esercizi precedenti si intende dare continuità agli indirizzi dei Soci e agli obiettivi per la direzione dell'ASP Ravenna Cervia e Russi.

ASP Ravenna Cervia e Russi indirizzi strategici di mandato del CdA dal 2025 - 2030

Area strategica	Indirizzi strategici proposti ai Comuni Soci
A. Servizi e strutture per anziani	Qualificazione, sostenibilità e sviluppo dei servizi in base al nuovo accreditamento approvato e con particolare attenzione per eventuali condizioni di emergenza
B. Welfare di comunità	Sviluppo welfare di comunità inteso come rete generativa di rapporti dinamici, risposte flessibili e tempestive ai bisogni delle persone fragili ed alle loro famiglie.
C. Attività istituzionali	Creazione di valore pubblico sviluppando processi di valutazione sistematica finalizzati a garantire qualità, sicurezza, trasparenza, non discriminazioni, chiarezza nelle comunicazioni.

D. Investimenti e patrimonio	Programmazione investimenti e valorizzazione del patrimonio
-------------------------------------	---

Fermo restando il macro obiettivo di mantenere la sostenibilità economica per i servizi erogati, salvaguardando l'equilibrio economico patrimoniale e finanziario, gli obiettivi per la direzione per il triennio 2025 -2027 sono i seguenti:

Tab. 3 Obiettivi triennali dell'ASP per il triennio 2025 – 2027

Area	Indirizzo strategico		Obiettivi 2025 - 2027
A. Servizi e strutture per anziani	A. Qualificazione, sostenibilità e sviluppo dei servizi in base al nuovo accreditamento e con particolare attenzione per eventuali condizioni di emergenza	A.1	Adeguamento ai nuovi standard accreditamento regionale.
		A.2	Sviluppo capacità di lettura e risposta ai bisogni secondari degli utenti..
		A.3	Rafforzamento di un sistema di valori e strumenti per la qualità comune ai diversi servizi dell'ASP.
		A.4	Riorganizzazione di servizi e efficientamento utilizzo delle risorse.

B. Welfare di comunità	B. Sviluppo welfare di comunità inteso come rete generativa di rapporti dinamici, risposte flessibili e tempestive ai bisogni delle persone fragili ed alle loro famiglie.	B.1	Co-progettazioni con enti del territorio compreso di Terzo settore.
C. Attività istituzionali	C. Creazione di valore pubblico sviluppando processi di valutazione sistematica finalizzati a garantire qualità, sicurezza, trasparenza, non discriminazione e chiarezza nella comunicazione.	C.1	Aumento di oggettività nella valutazione dei bisogni e delle condizioni degli utenti
		C.2	Individuare le condizioni per percorsi di carriera interna.
		C.3	Promozione del benessere organizzativo del personale dipendente.
D. Investimenti e patrimonio	D. Programmazione investimenti, valorizzazione e efficientamento energetico del patrimonio	D.1	Implementazione programmazione acquisti, forniture e investimenti di lavori e servizi
		D.2	Efficientamento energetico del patrimonio: sviluppo progetti e opportunità anche in seguito all'adesione a Comunità Energetiche Rinnovabili.

Qualora la programmazione regionale, la pianificazione del Distretto o i Soci assumessero indirizzi o indicassero obiettivi diversi il presente Piano verrà aggiornato. Allo stesso modo qualora il Consiglio assumesse indirizzi diversi potranno essere modificati gli obiettivi per la direzione.

Progetti innovativi e welfare di comunità con i Comuni del Distretto 2025 -2027

L'Asp sta implementando alcuni progetti innovativi di welfare di comunità in collaborazione con i Comuni soci.

1. Progetto Ospitalità Inclusiva Anziani e Adulti fragili presso i servizi gestiti dall'ASP (Progetto Ristor - ASP)
Comuni: Ravenna, Cervia e Russi.
2. Progetto Comunità energetiche rinnovabili Costituzione e partecipazione alle Comunità Energetiche Rinnovabili di Cervia e Russi
Comuni: Cervia e Russi.
3. Progetto intelligenza Artificiale al servizio degli anziani (CRa F. Busignani Cervia)
Comune: Cervia

Modalità di attuazione dei servizi erogati e modalità di coordinamento con gli altri Enti del territorio

L'ASP opera nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali del Distretto di Ravenna Cervia e Russi secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano Sociale di Zona (attuativo annuale del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 in proroga). L'ASP, ai sensi dell'Art.4 dello Statuto approvato con Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia- Romagna n. 163 del 04.02.2019, ha come finalità:

1. a) l'organizzazione ed erogazione di servizi assistenziali, servizi sociali e socio-sanitari rivolti ad anziani e disabili, secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano Sociale di Zona, nonché nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei Soci di cui all'articolo 13 e ss. Potrà altresì gestire servizi di carattere educativo, culturale e ricreativo rivolti ad anziani e disabili;
2. b) la promozione e realizzazione di ulteriori interventi ed attività inerenti nuovi bisogni individuati nell'ambito di quanto definito dalla programmazione locale di cui sopra.

L'ASP ispira ed orienta la propria attività al rispetto delle finalità e dei principi indicati nella legge regionale n. 2 del 2003 ed in particolare:

1. rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;
2. adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.

L'ASP riconosce nell'apporto professionale degli operatori un fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona, a tal fine:

1. promuove la formazione degli operatori come strumento della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;
2. favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa;
3. riconosce e sostiene l'apporto del volontariato sociale.

Indicatori e parametri per la verifica

Il "Programma di attività della direzione" in capo al Direttore è coerente con gli Obiettivi triennali dell'ASP per il triennio 2025 – 2027 ed è rappresentato da un insieme di obiettivi "Scheda obiettivi" in base alle quali sono individuati indicatori per verificarne l'andamento o il raggiungimento.

In seguito all'aggiornamento del sistema di valutazione dell'ASP, approvato nel gennaio 2023, sono stati introdotti come previsto dal manuale diverse tipologie di indicatori con la relativa pesatura a valere per la valutazione.

Gli indicatori si differenziano in relazione al contenuto e alla tipologia degli obiettivi, indicati nei piani triennali (Piano Integrato Attività e Obiettivi (PIAO) e Piano programmatico) e nella programmazione annuale (Piani di Servizio, Area, Settore, Ambito, Nucleo operativo), concordati con la posizione superiore, e possono essere:

- **di tipo quantitativo:** presuppongono precisi valori numerici;
- **di tipo qualitativo:** coincidenti con le politiche di sviluppo della qualità dell'Azienda, presuppongono elementi non direttamente qualificabili ma per i quali è necessario definire indicatori misurabili;

- di **mantenimento** di uno standard qualitativo sfidante e ambizioso;
- di **miglioramento di un livello qualitativo** sulla base di uno standard di riferimento;
- di **sviluppo/strategico** ovvero relativi a modalità assolutamente innovative e ad alto valore funzionale/gestionale per la realizzazione dei programmi ritenuti rilevanti per l'Azienda;
- di tipo **gestionale** e per lo sviluppo delle risorse umane.

Gli obiettivi sotto riportati, i relativi indicatori con le rispettive pesature, con somma totale 100, andranno a valere nel loro insieme per la valutazione annuale del Direttore che, a sua volta, annualmente assegnerà progetti e obiettivi con i relativi indicatori e le rispettive pesature, con somma totale 100, ai titolari di incarichi di Elevata Qualificazione.

Obiettivi triennali 2025 - 2027	Tipo di obiettivo	Programma attività della Direzione	Azioni	Indicatori annuali per la valutazione		
				2025	2026	2027
A.1 Adeguamento ai nuovi standard di accreditamento regionale.	Miglioramento qualitativo	Nuovo accreditamento dei servizi dell'ASP	A.1.1. Revisione modello precedente in tutti i servizi accreditati dell'ASP	100% standard		
			A.1.2. Adeguamento documentazione al nuovo modello		100% standard	
			A.1.3. Implementazione del nuovo modello			100% standard
A.2 Sviluppo capacità di lettura e risposta ai bisogni secondari degli utenti.	Miglioramento livello qualitativo	Implementazione progetti per la lettura dei bisogni	A.2.1 Progetto Intelligenza artificiale al servizio degli anziani CERVIA	100% standard	Verifica	Aumento del controllo su ospiti allettati
			A.2.2. Introduzione e adozione strumenti geriatrici tarati a livello internazionale (questionari e test) per la lettura dei bisogni secondari degli ospiti (implementazione supervisione)	100% standard	Aumento personalizzazione interventi con gli ospiti	Aumento self efficacy negli addetti alla cura (valutazione prestazioni)
			A.2.3. Adozione cartella 2.0	75 % standard	Implementazione	100% standard

A.3 Rafforzamento di un sistema di valori e strumenti per la qualità comune ai diversi servizi dell'ASP.	Mantenimento	Aggiornamento strumenti per la omogenizzazione della qualità all'interno di tutti i servizi dell'ASP	A.3.1. Elaborazione di un manuale comune a tutti i servizi dell'ASP (Cassetta degli attrezzi)	Costituzione gruppo lavoro	Adozione cassetta degli attrezzi	Verifica e regolazione
			A.3.2. Aggiornamento codice comportamento	Adozione	Formazione	Verifica
			A.3.3 Implementazione sezione trasparenza Amm. Trasp.	100% standard	Verifica	Verifica
A.4 Riorganizzazione di servizi e efficientamento utilizzo delle risorse.	Quantitativo	- Miglioramento informatizzazione. - Introduzione direzione operativa	A.4.1. Formazione al miglioramento e all'impiego dei sistemi informatici e adozione degli stessi	100% ore di formazione attuate	100% impiego nuovi sistemi	Ulteriore efficientamento dei nuovi sistemi
			A.4.2 Definizione della delega per una Direzione Operativa.	Delega assegnata	Implementazione della delega	% attività presidiate
B.1 Co-progettazioni con enti del territorio compreso il Terzo settore.	Sviluppo strategico	Coprogettazioni realizzate	B.1.1. Progetto gestione San Michele	Avvio progetto	Sperimentazione	Verifica
			B.1.2. Accompagnamento sociale Russi	Avvio progetto	Sperimentazione	Verifica
C.1 Aumento di oggettività nella valutazione dei bisogni e delle condizioni degli utenti	Gestionale	Adozione Key Performances Indicatori a tutti i livelli (gestione per obiettivi)	C.1.1 Costruzione indicatori su tutti i servizi dell'ASP	Definizione progetto	Costruzione indicatori	Sperimentazione
C.2 Individuare le condizioni per percorsi di carriera interna.	Gestionale	Riorganizzazione e sviluppo Ufficio risorse umane. Introduzione coordinamento dei coordinatori	C.2.1 Progetto riorganizzazione Ufficio Risorse umane	Raccolta dati elaborazione progetto	Sperimentazione	Verifica
C.3 Promozione del benessere organizzativo del personale dipendente.	Gestionale	Adozione aggiornamento codice di comportamento. Smart Working Welfare aziendale	C.3.1 Adozione aggiornamento nuovo codice comportamento	Avvio progetto	Sperimentazione	Verifica
			C.3.2 Adozione regolamento Smart Working	Avvio progetto	Sperimentazione	Verifica
			C.3.3 Progetto Welfare aziendale	Avvio progetto	Sperimentazione	Verifica

D.1 Implementazione programmazione degli investimenti e degli interventi di manutenzione.	Quantitativo	Implementazione programmazione acquisti, forniture e investimenti di lavori e servizi.	D.1.1 Numero di acquisti, forniture e investimenti di lavori e servizi nell'anno e stati di avanzamento	eseguiti/previsto nell'anno	eseguiti/previsto nell'anno	eseguiti/previsto nell'anno
D.2 Efficientamento energetico del patrimonio: sviluppo progetti e opportunità anche in seguito all'adesione a Comunità Energetiche Rinnovabili.	Sviluppo strategico	Efficientamento energetico strutture Progetti comunità energetiche	D.2.1 Accordo quadro con il Comune di Cervia per Busignani	100% standard	Avanzamento	Stato Realizzazione progetti
			D.2.2 Operatività CER Cervi e Russi	Sperimentazione	Sperimentazione	Sperimentazione

Scheda Obiettivi 2025 -2027 - Programma attività della direzione – Obiettivi e indicatori per la valutazione a Consuntivo

Tabella Valutatore - Valutato 2025

Valutatore	Valutato
CdA	Direttore
Direttore	Titolari E.Q. e Coordinatori, Tecnici, amministrativi concordati.
Coordinatore Servizi Finali Ravenna - Amministrazione	Amministrativi del Settore contabilità, bilancio e controllo di gestione e amministrativi e Operatori Tecnici concordati.
Coordinatore Servizi Finali Cervia	RAA e RAS
	Animatore
	OSS Comunità alloggio
	Operatori tecnici
RAS Cervia	Infermieri e Fisioterapista
RAA Cervia	OSS CRA

RAA Cervia	OSS CD
Coordinatore Servizi Finali Russi	RAA e RAS
	Animatore
RAS Russi	Infermiere e Fisioterapista
RAA Russi	OSS CRA
RAA Russi	OSS CD
Coordinatore Servizi Finali Ravenna – Comunità alloggio	OSS e RAA delle Comunità alloggio.

SEZIONE V - CONCLUSIONI

Il presente Piano aggiorna il precedente e viene predisposto in una situazione di riorganizzazione generale dell'Ente che sta portando miglioramenti insieme alla ricostituzione della struttura dell'ASP con personale dipendente a tempo indeterminato.

Nell'esercizio verrà reso operativo il sistema di Whistleblowing attraverso la piattaforma dedicata "My Whistleblowing" e verrà aggiornato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASP.

Per dare attuazione sostanziale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2025 di fare riferimento al Piano nazionale anticorruzione (Pna) approvato dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 che qualora venisse aggiornato e modificato comporterà a cascata l'aggiornamento con successivi atti della sezione del PIAO relativa al Piano per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità

L'Asp dei Ravenna Cervia e Russi, ai sensi della L. 190/12, entro il 31 gennaio di ogni anno, aggiorna il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e la Trasparenza con l'obiettivo di fornire una valutazione del grado di esposizione rischi di corruzione, individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte e adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

Nell'ottica dell'individuazione delle aree esposte a rischio e della valutazione dei rischi stessi, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 mantiene la distinzione tra "aree a rischio corruzione generali", ovvero riscontrabili in tutte le Pubbliche Amministrazioni e gli Enti Pubblici, e "aree a rischio corruzione specifiche", in relazione alla tipologia di Ente.

Per quanto riguarda le "aree a rischio generale", in particolare, si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, ovvero ai punti a, b, c, d che elencano i procedimenti che, abitualmente, abitano tutte le Pubbliche Amministrazioni, a prescindere dalla tipologia o dall'ambito di intervento.

Alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione concorre il personale in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Con questo piano vengono perseguite le seguenti finalità:

1. individuare le attività per le quali è più elevato il rischio di corruzione, attraverso un modello base per la mappatura dei processi, la valutazione dei rischi di corruzione e la definizione delle conseguenti misure;
2. prevedere per le attività individuate, ai sensi del punto precedente, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. prevedere, con particolare riguardo alle attività di cui al punto 1, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione a cui compete la vigilanza sul funzionamento e sull'Osservanza del Piano;
4. Individuare misure organizzative per monitorare i rispetti dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsti dalla Legge o dai Regolamenti;
5. monitorare i rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti e che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela, di affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i Dirigenti e i dipendenti dell'Azienda;
6. individuare eventuali specifici e ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti dalle disposizioni di legge;
7. definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati a operare nei settori più esposti a rischio corruttivo.

Le misure e gli interventi organizzativi definiti nel Piano ai fini della prevenzione del rischio corruttivo vanno naturalmente considerati come strumenti da affinare e/o modificare ed integrare nel tempo in una logica di miglioramento, anche alla luce dei risultati via via conseguiti con la loro applicazione. Ai dipendenti neo assunti o già in servizio, così come a tutti i collaboratori, viene data comunicazione e adeguata informazione sui contenuti del Piano al quale viene anche data diffusione attraverso il sito aziendale e trasmesso tramite il portale personale.

I Principi

Principi strategici:

- a. coinvolgimento del Consiglio di Amministrazione nell'elaborazione degli obiettivi strategici e delle linee guida per la redazione del presente Piano;
- b. cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio: l'intera struttura aziendale è coinvolta nel processo di gestione del rischio. In particolare, l'implementazione di una cultura organizzativa responsabile e attenta, in ottica anticorruptiva, passa dal lavoro sinergico del Dirigente e dei responsabili con il personale loro assegnato e arriva alla responsabilizzazione dei dipendenti tramite corsi di formazione specifici;

- c. collaborazione tra amministrazioni: ASP è, in questo senso, fortemente radicata nel territorio, e collabora con i Comuni soci, oltre con le altre Aziende Servizi alla Persona, per cercare le possibili ottimizzazioni delle risorse, dei tempi e limitare quanto più possibile i rischi, anche corruttivi.

Principi metodologici:

- a. prevalenza della sostanza sulla forma: la gestione del processo del rischio corruzione è strumento per l'Azienda di analisi dei processi e delle attività; quindi strumento calato decisamente nella realtà operativa e non, come previsto anche dal PNA, mero strumento formale;
- b. gradualità: il processo di gestione del rischio è graduale in quanto frutto del lavoro svolto e riportato negli anni dal RPCT, ovvero nei Piani Triennali precedenti e nelle misure organizzative messe in atto e monitorate nel lungo periodo;
- c. selettività: seguendo il principio di gradualità, l'esperienza maturata negli anni di progressiva analisi e calibrazione del processo di gestione del rischio, ha fatto sì che il momento di analisi, mappatura e prevenzione accentrasse il focus sui momenti più rischiosi dell'iter amministrativo aziendale;
- d. integrazione: è assicurata l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruzione e il ciclo di gestione della performance, con specifico riferimento alle figure dei responsabili e al Direttore, in quanto RPCT;
- e. miglioramento e apprendimento continuo: il miglioramento e questo punto riprende quanto sopra scritto per i principi di gradualità e selettività. L'apprendimento continuo, oltre che dall'esperienza che il processo di gestione del rischio sta generando, poggia anche sulla convinzione che gli scenari, esterni e interni all'ASP, non sono immutabili, come dimostra la recente pandemia da COVID-19. Questo spinge l'Azienda, nelle figure di vertice, alla continua analisi delle misure adottate per la loro implementazione e il loro miglioramento in base ai risultati dei monitoraggi effettuati.

Principi finalistici:

- a. effettività: essendo il processo di gestione del rischio parte integrante dei procedimenti amministrativi stessi, quale linea di indirizzo aziendale, l'effettività del processo si garantisce senza "appesantire" l'apparato burocratico organizzativo nella quotidiana gestione delle attività;
- b. orizzonte del valore pubblico: il radicamento nel territorio, come dal principio di selettività punto c) dei principi strategici, si realizza anche su questo fronte. Essendo l'ASP parte integrante del tessuto sociale locale, deve essere chiara la volontà di garantire e restituire alla comunità locale, alla Provincia di Ravenna e al territorio regionale, in misura sempre crescente il diritto della cittadinanza ad avere una "buona amministrazione" con il conseguente miglioramento del benessere collettivo.

3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo di indirizzo titolare della nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dell'adozione iniziale e dei successivi aggiornamenti del PTPC entro il 31 gennaio di ogni anno oggi ricompresi nel PIAO.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASP dei Ravenna Cervia e Russi Romagna è individuato nella figura del Direttore pro tempore dott. Raoul Mosconi, a cui è stato rinnovato il contratto con Delibera n. 17 del 06/12/2023 per il periodo dal 25/01/2024 al 24/01/2027, e che è stato confermato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) con Delibera n. 1 del 31/01/2024.

Entro il 31 gennaio di ogni anno e, comunque, ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione, il RPCT provvede all'aggiornamento del PIAO, compresa la sezione relativa al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, sottoponendolo all'approvazione del Consiglio di Amministrazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha i seguenti compiti:

1. elaborare la proposta di Piano della Prevenzione che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione, secondo i contenuti indicati nel comma 9 dell'art. 1 della Legge 190/2012, in linea con quanto riportato nel Piano Nazionale Anticorruzione di A.N.A.C.;
2. proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;

3. verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
4. definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti a rischio corruzione;
5. verificare, d'intesa con i Responsabili di Area/Servizio interessati, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
6. individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. e) e i relativi percorsi formativi;
7. trasmettere annualmente al CdA una relazione con i risultati dell'attività svolta e pubblicarla entro le tempistiche definite dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione di ogni anno sul sito web dell'Azienda;
8. riferire al CdA sull'attività svolta nei casi in cui esso lo richieda, o qualora il RPCT lo ritenga opportuno e ne faccia richiesta.

Essendo il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione anche Responsabile della Trasparenza, in quanto tale svolgere le funzioni indicate dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33 del 2013, con specifico riferimento alla tempestiva e corretta pubblicazione e aggiornamento di dati e informazioni sul sito web dell'Azienda

3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza

Il processo di gestione del rischio definito nel presente documento ha recepito quanto previsto dall'ANAC nel PNA 2019 e dalla metodologia proposta dall'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) che si ritiene possa essere utile come guida per l'analisi del rischio corruttivo anche per l'Ente ideata con l'applicazione del metodo qualitativo.

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- Analisi del contesto (esterno e interno);
- Valutazione del rischio per ciascun processo;
- Trattamento del rischio.

Gli esiti e gli obiettivi dell'attività svolta sono stati compendati nella "Tabella di Analisi e Gestione del Rischio".

3.3.3.3 Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Talvolta l'implementazione di una misura può richiedere delle azioni preliminari che possono a loro volta configurarsi come "misure" nel senso esplicitato dalla definizione di cui sopra. Ad esempio, lo stesso PTPC è considerato dalla normativa una misura di prevenzione e contrasto finalizzata ad introdurre e attuare altre misure di prevenzione e contrasto.

Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista. Una prima distinzione è quella tra:

"misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente);

"misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel PTPC.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione.

Talune misure presentano poi carattere trasversale, ossia sono applicabili alla struttura organizzativa dell'ente nel suo complesso, mentre altre sono, per così dire, settoriali in quanto ritenute idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, le misure di prevenzione e contrasto definite dal presente Piano.

Per facilità di consultazione dette misure sono elencate nel seguente prospetto riepilogativo e corredate da un codice identificativo così da consentirne il richiamo sintetico nelle colonne "Misure attuate" e "Misure da attuare o migliorare" della "Tabella di Analisi e Gestione del Rischio" inserita.

3.3.4 Analisi del contesto

L'Analisi del contesto (esterno e interno) rappresenta la prima fase del processo di gestione del rischio. In questa fase, l'Ente acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

L'analisi del contesto esterno mira ad inquadrare le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio nel cui ambito l'Ente esplica le proprie funzioni. Ciò consente di comprendere le dinamiche relazionali che in esso si sviluppano e le influenze (o pressioni)

a cui l'Ente può essere sottoposto da parte dei vari portatori di interessi operanti sul territorio. In tal modo è possibile elaborare una strategia di gestione del rischio calibrata su specifiche variabili ambientali e quindi potenzialmente più efficace.

3.3.4.1 Contesto esterno

Premessa

3.3.4.2 Contesto interno

Per i dettagli sull'Amministrazione si rinvia alla sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa.

L'analisi del contesto interno si sostanzia anche nella "mappatura dei processi" ovvero nella ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione collegati alle aree di rischio definite dai PNA.

3.3.5 Valutazione del rischio

Per ciascun processo inserito nell'elenco di cui sopra è stata effettuata la valutazione del rischio, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Ente, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere anche tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

Il RPCT ha il compito di individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici e a integrare, eventualmente, il registro (o catalogo) dei rischi, fermo restando che una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT.

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

- a) definire l'oggetto di analisi;
- b) utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- c) individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi e formalizzarli.

I rischi individuati sono sinteticamente descritti nella colonna "RISCHIO" della "Tabella di Analisi e Gestione del Rischio".

3.3.5.2 Analisi del rischio

Per ogni processo individuato sono stati definiti i rischi e per aderire alla valutazione qualitativa promossa da ANAC si è provveduto a stimare tramite degli indicatori la probabilità che lo stesso si verifichi e il conseguente impatto per l'amministrazione.

A ciascuno dei parametri sarà assegnato un valore: ALTO, MEDIO, BASSO.

INDICATORE DI PROBABILITÀ			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE

1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	ALTO	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	ALTO	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		MEDIO	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		BASSO	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	ALTO	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		MEDIO	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante

4	Livello di opacità del processo , misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza ALTO Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	ALTO	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		MEDIO	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		BASSO	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Presenza di "eventi sentinella" per il processo, ovvero procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	ALTO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		MEDIO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		BASSO	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni

6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività, desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	ALTO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		MEDIO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		BASSO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Segnalazioni , reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo e- mail, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	ALTO	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		MEDIO	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		BASSO	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc ALTO Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni	ALTO	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		MEDIO	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		BASSO	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni

9	Capacità dell'Ente di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	ALTO	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		MEDIO	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		BASSO	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Impatto sull'immagine dell'Ente misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione

2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente ALTO Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
		MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
		BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
		BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

3.3.6 Ponderazione del rischio

L'analisi svolta ha permesso di classificare i rischi emersi in base al livello numerico assegnato. Conseguentemente gli stessi sono stati confrontati e soppesati (c.d. ponderazione del rischio) al fine di individuare quelli che richiedono di essere trattati con maggiore urgenza e incisività.

Per una questione di chiarezza espositiva e al fine di evidenziare graficamente gli esiti dell'attività di ponderazione nella relativa colonna delle tabelle di gestione del rischio, si è scelto di graduare i livelli di rischio emersi per ciascun processo, come indicato nel seguente prospetto:

		Impatto				
		1	2	3	4	5
Probabilità	5	Medio	Critico	Critico	Critico	Alto
	4	Medio	Medio	Critico	Critico	Critico
	3	Basso	Medio	Medio	Critico	Critico
	2	Basso	Basso	Medio	Medio	Critico
	1	Minimo	Basso	Basso	Medio	Medio

3.3.7 Trattamento del rischio - Misure

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

Con il termine "misura" si intende ogni iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Talvolta l'implementazione di una misura può richiedere delle azioni preliminari che possono a loro volta configurarsi come "misure" nel senso esplicitato dalla definizione di cui sopra. Lo stesso PTPCT è considerato dalla normativa una misura di prevenzione e contrasto finalizzata ad introdurre e attuare altre misure di prevenzione e contrasto.

Tali misure possono essere classificate secondo diversi criteri. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione.

Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel PTPCT.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione.

Talune misure presentano poi carattere trasversale, ossia sono applicabili alla struttura organizzativa dell'ente nel suo complesso, mentre altre sono, per così dire, settoriali in quanto ritenute idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, le misure di prevenzione e contrasto definite dal presente Piano.

Per facilità di consultazione dette misure sono elencate nel seguente prospetto riepilogativo e corredate da un codice identificativo così da consentirne il richiamo sintetico nelle colonne "Misure attuate" e "Misure da attuare o migliorare" della "Tabella di Analisi e Gestione del Rischio" inserita.

3.3.7.1 Misure

Oggetto	Codice
Misura di trasparenza	A
Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	B
Digitilizzazione dei processi	C
Monitoraggio dei tempi procedurali	D
Misure di gestione del conflitto di interessi	D
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertice	E
Commissioni di concorso	F
Whistleblowing	G
Misure di formazione e aggiornamento	H
Misure di rotazione	I
Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro	L
Svolgimento periodico di rilevazione della qualità percepita dagli utenti e loro familiari.	M

3.3.7.1.1A : Misura di trasparenza

A norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190 L'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. A tal proposito l'art. 1 comma 7, sopra richiamato dispone:

Negli enti locali, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è individuato, di norma, nel segretario o nel dirigente apicale, salva diversa e motivata determinazione.

Considerato che la Trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, vanno individuati e indicati irresponsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016.

Con delibera ANAC n. 203 del 17/05/2023, l'Autorità ha disciplinato modi e tempi relativi all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'OIV, come previsto dall'art. 14, comma 4, lett. g) del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Il d.lgs. 97/2016 ha valorizzato, altresì, il ruolo degli OIV ai fini della verifica degli obiettivi connessi alla trasparenza, oltre che a quelli inerenti in generale alla prevenzione della corruzione, prevedendo a tal fine che l'OIV possa chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Si ricorda, inoltre, che, ai sensi dell'art. 45, co. 2 del d.lgs. 33/2013, l'ANAC può chiedere all'OIV ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

Normativa:

Azioni:

Riorganizzazione delle sezioni secondo le Linee Guida adottate dall'ANAC con Delibera 1310/2016 («Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016») e aggiornamento dei dati nelle sezioni dell'Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche indicate dalla normativa.

Constatata la necessità di provvedere ad una riorganizzazione radicale delle sotto-sezioni e all'inserimento dei relativi contenuti in ottemperanza alle norme di legge e regolamentari, nonché alle specifiche Linee Guida ANAC, l'aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente sarà inserito tra gli Obiettivi Individuali di Performance, fermo restando l'imprescindibile percorso di formazione e di aggiornamento in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che dovrà riguardare i dipendenti tutti e nello specifico il personale espressamente nominato referente per gli aggiornamenti della Sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT): dott.Raoul Mosconi

3.3.7.1.2B: Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione essenziale da adottare al fine di orientare il corretto svolgimento dell'attività amministrativa, sotto il profilo della legittimità e della condotta improntata al rispetto dell'etica che deve connotare l'attività dei dipendenti dell'Ente.

L'articolo 54 del d.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei predetti doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

Normativa:

Azioni:

Uno degli Obiettivi Individuali della Performance del presente Piano è la revisione e integrazione del codice di comportamento attualmente adottato, alla luce delle modifiche introdotte dal DPR 81/2023 al DPR 62/2013

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore Asp

Responsabile U.O Risorse Umane

3.3.7.1.3C : Digitilizzazione dei processi

Informatizzazione e digitalizzazione dei processi rappresentano delle misure di prevenzione e contrasto all'illegalità e alla corruzione particolarmente efficaci, in quanto consentono la tracciabilità dell'intero processo e la rilevazione per ciascuna fase delle connesse responsabilità.

L'informatizzazione e la digitalizzazione delle procedure oltre a rappresentare un efficace strumento di prevenzione della corruzione sono misure trasversali in quanto rientrano tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale di maggiore impatto nella riorganizzazione delle attività e della gestione dell'Ente.

Normativa:

Azioni:

informatizzazione di tutti i processi in vista anche di una riorganizzazione dello strumento di lavoro agile

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore Asp

3.3.7.1.4D: Monitoraggio dei tempi procedurali

L'amministrazione provvede al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie.

L'art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012.

Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, comma 28, della legge 6 novembre 2012, n. 190, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione, oltre a rappresentare anch'essa una misura trasversale di performance.

Normativa:

Azioni:

Il Responsabile della Trasparenza cura la pubblicazione sul sito web, sez. Amministrazione trasparente, del risultato del monitoraggio periodico.

Il RPCT, sulla base della reportistica pubblicata, valuta i casi di sfioramento dei termini procedurali superiori al 5% sul totale dei processi di competenza. In tal caso il Responsabile dell'Ufficio interessato dovrà relazionare al RPCT indicando le motivazioni dello sfioramento.

Attuazione:

Stato: Non attuato

Responsabili:

Il Responsabile della Trasparenza

3.3.7.1.5D: Misure di gestione del conflitto di interessi

L'articolo 1, comma 9, lett. e) della legge n. 190/2012 prevede l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'articolo 6 del D.P.R. n. 62/2013 recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nonché delle ipotesi in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo articolo 7 del medesimo D.P.R.

Normativa:

Azioni:

Nel caso in cui si dovessero verificare situazioni che integrano o potrebbero integrare un conflitto di interesse, il dipendente è tenuto a darne comunicazione per iscritto al Direttore, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione può dare adito a conflitto di interessi.

Il Direttore potrà sollevare dall'incarico il dipendente che ha segnalato il rischio di conflitti di interesse, assegnando i compiti oggetto del rischio di conflitto di interesse ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, avocando a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

In alternativa, il Direttore potrà - fatte le opportune valutazioni del caso - decidere di non sollevare dall'incarico il dipendente, motivando - sempre per iscritto - le ragioni che gli consentono comunque di svolgere l'attività assegnatagli.

Qualora il conflitto riguardi il Direttore, le iniziative da assumere verranno indicate dal CdA.

Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore o un consulente esterno, questi è tenuto a darne comunicazione al Direttore.

Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziate annualmente in occasione della reportistica finale relativa al DPO (Responsabile protezione dati).

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore

Responsabile della Corruzione e Trasparenza

3.3.7.1.6E: Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertice

In attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190/2012, il Governo ha approvato il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", che disciplina in modo compiuto le cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi:

incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico; incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico.

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico

Normativa:

Azioni:

Acquisizione, all'atto del conferimento dell'incarico, delle dichiarazioni relative all'insussistenza delle cause di inconferibilità o incompatibilità individuate dal decreto legislativo 39/2013 (per gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice, acquisizione annuale delle sole dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di incompatibilità).

Secondo le indicazioni contenute nella apposite Linee guida ANAC, la modulistica fornita per la resa delle dichiarazioni in argomento deve essere predisposta in modo tale da consentire al soggetto dichiarante di indicare gli eventuali incarichi ricoperti nonché eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Attuazione:

Stato: Non attuato

Responsabili:

Responsabile U.O Servizio Risorse umane

3.3.7.1.7F: Commissioni di concorso

L'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, introdotto dalla legge 190 del 2012, prevede che, al fine di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici "Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

1. non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
2. non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
3. non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere"

Nella fattispecie in oggetto le misure di prevenzione da adottare sono accuratamente definite dalla norma di legge. Per quanto concerne poi nello specifico la nomina dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni deputate alle selezioni finalizzate al reclutamento delle risorse umane, è doveroso richiamare inoltre la Direttiva del Ministero per la semplificazione e la

Pubblica Amministrazione n. 3 del 24 aprile 2018 recante "Linee guida sulle procedure concorsuali", che al punto 7 del Titolo II così prescrive:

7. Nelle procedure concorsuali la scelta dei componenti della Commissione esaminatrice assume una valenza determinante in considerazione del ruolo che gli stessi componenti sono chiamati a svolgere in ragione della loro competenza ai fini della valutazione e della posizione di terzietà in cui dovrebbero operare. Oltre ai principi richiamati in premessa, si ricorda che l'art. 35- bis del decreto legislativo n. 165 del 2001 [...].

[omissis]

Valutata la rispondenza delle candidature rispetto ai requisiti indicati nell'avviso, si procede alla nomina dei componenti mediante sorteggio differenziato per tipologia di componente. Le amministrazioni che [...] procedono autonomamente dovrebbero darsi regole chiare sulla scelta dei componenti delle commissioni di concorso, sia per garantire la professionalità del commissario sia per ragioni di trasparenza e anche per evitare decisioni poco meditate. In ogni caso, le amministrazioni dovrebbero preoccuparsi di assicurare una composizione equilibrata delle commissioni, in relazione ai titoli e alle prove di esame da valutare, includendovi esperti delle varie materie e preoccupandosi di affiancare commissari aventi diverse competenze e professionalità. In presenza di prove pratiche, per esempio, si può ipotizzare di includervi soggetti aventi una specifica esperienza professionale nei relativi settori.

E' bene comunque includere sia commissari dotati di conoscenze teoriche, sia commissari dotati di competenze pratiche. In relazione ai profili dei posti messi a bando e alle previsioni del bando relative ai titoli e alle prove, si può ipotizzare il coinvolgimento di commissari con specifiche competenze, per esempio nel reclutamento e nella gestione delle risorse umane, nel negoziato o nella psicologia del lavoro."

Inoltre, l'art. 57, comma 5, punto 1, sempre relativamente ai criteri di nomina delle commissioni di concorso così recita: 1. Le pubbliche amministrazioni, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro: a) riservano alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) ((; in caso di quoziente frazionario si procede all'arrotondamento all'unità superiore qualora la cifra decimale sia pari o superiore a 0,5 e all'unità inferiore qualora la cifra decimale sia inferiore a 0,5)); Sulla nomina delle Commissioni di concorso, oltre alle misure previste dall'art. 35-bis, comma 1, punto 1, del decreto legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i. e alle prescrizioni in ordine alla rispetto delle pari opportunità nella composizione della Commissione, va richiamato anche il sopra citato l'art. 35, comma 3, lett. e) del TUPi:

e) composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso, scelti tra funzionari delle amministrazioni, docenti ed estranei alle medesime, che non siano componenti dell'organo di direzione politica dell'amministrazione, che non ricoprano cariche politiche e che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali; In tal senso, al fine di evitare eventuali impugnazioni o ricorsi nell'ambito delle procedure di reclutamento del personale è opportuno assicurare il rispetto della norma in materia di pari opportunità nella composizione delle commissioni di concorso.

Normativa:

Azioni:

Obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per la nomina a componenti di commissioni di concorso, sia interni che esterni art. 35-bis, comma 1, punto 1, del decreto legislativo n. 165 del 2001 e s.m.i.); Nella nomina delle Commissioni di Concorso l'Ente dovrà accertarsi (mediante acquisizione di autocertificazione da parte degli interessati) di quanto di seguito indicato:

assenza di sentenze definitive di condanna per reati contro la P.A.;
rispetto delle pari opportunità nella composizione della Commissione;
rispetto delle previsioni di cui all'art. 35, comma 3, lett. e) del TUPi;

Attuazione:

Stato: Non attuato

Responsabili:

Direttore; Responsabili degli Uffici interessati dalle fattispecie di cui alle lettere a) e c) dell'articolo 35-bis del d.lgs. 165/2001 e s.m.i..

3.3.7.1.8G: Whistleblowing

Il d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali" introduce la nuova disciplina del whistleblowing in Italia. Il d.lgs. 24/2023, raccoglie in un unico testo normativo l'intera disciplina dei canali di segnalazione e delle tutele riconosciute ai segnalanti, sia del settore pubblico che privato. L'art. 1 del d.lgs. 24/2023 novella (modifica e sostituisce) l'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 e abroga l'art. 3 della l. 30 novembre 2017, n. 179. Con delibera n. 311 del 12 luglio 2023 l'ANAC ha adottato: nuove "Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"

La nuova disciplina che rinforza notevolmente le tutele del segnalante contro eventuali azioni ritorsive, estende l'oggetto della segnalazione anche alle norme dell'UE disciplinando in modo compiuto la gestione delle segnalazioni da parte del RPCT (canale interno) e da parte dell'ANAC o dell'Autorità Giudiziaria competente (canale esterno)

5.3.11

5.3.12

modificare in base al dlgs 24/2023 e delibera ANAC 311/2023

Normativa:

Azioni:

Azioni:

Attivazione di canale interno di segnalazione (inserendo nel sito istituzionale un indirizzo di posta elettronica dedicato, facilmente accessibile, che consenta di inviare le segnalazioni al RPCT in modo da garantire l'anonimato e il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Stesura di un Regolamento dell'Ente per la gestione delle segnalazioni inviate attraverso il canale interno e per la tutela del dipendente che segnala illeciti. Anche questa misura / azione proposta viene proposta come misura trasversale che riguarda gli obiettivi previsti dal Piao per la prevenzione dell'illegalità e della corruzione ma assume altresì il ruolo di obiettivo di performance. Piano Integrato di attività (misure di prevenzione della corruzione e obiettivi di performance che insieme concorrono al raggiungimento del medesimo risultato).

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.9H: Misure di formazione e aggiornamento

La Formazione del personale assume un ruolo centrale nella pianificazione integrata delle attività e dell'organizzazione di ASp RaCeRu.

Ferma restando la formazione obbligatoria prevista per tutto il personale dipendente dell'Ente, nel presente PIAO è prevista una pianificazione delle attività formative finalizzata alla crescita delle competenze e delle specifiche professionalità.

Il Piano individua le attività di formazione per l'anno 2025, prevedendo un incremento esponenziale di attività di formazione nello specifico del personale amministrativo, scelta strategica che si inserisce sia in una visione di crescita professionale e miglioramento delle competenze, sia in un obiettivo di riduzione dei costi per le esternalizzazioni di servizi che dovrebbero e potrebbero essere svolti avvalendosi del proprio capitale umano.

Normativa:

Azioni:

ASP sviluppa la formazione attraverso due tipologie di percorsi formativi tra loro ed integrati: formazione interna e formazione esterna.

Formazione interna ha l'obiettivo di aumentare le competenze, dei singoli e dell'organizzazione, attraverso l'apprendimento fra pari o l'aggiornamento da parte dei responsabili. Questo tipo di formazione persegue obiettivi più generali come l'etica e la cultura dei servizi, la prevenzione della corruzione, l'integrità personale e il codice di comportamento, l'integrazione e professionale creando occasioni di confronto e integrazione fra professionisti, ruoli e responsabilità diverse e fra unità organizzative anche operanti in contesti territoriali

diversi. Si svolge attraverso l'organizzazione e la realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento su temi trasversali ai servizi/attività dell'Azienda, su argomenti specialistici per aree di competenza e il benchmark fra unità organizzative.

Formazione esterna: ha l'obiettivo di consentire a i dipendenti opportunità di aggiornamento permanente anche su aspetti/tematiche specifiche e specialistiche inerenti le attività di competenza sia dei singoli che di unità operative. Questo obiettivo si realizza favorendo la partecipazione degli Operatori ad attività formative o organizzando direttamente (percorsi formativi, seminari, giornate di studio).

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.10I: Misure di rotazione

Riguarda il personale operante nelle aree a più grave elevato rischio di corruzione.

Rappresenta - ove attuabile - una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Detto istituto è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b) e' una misura finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Normativa:

Azioni:

In considerazione dell'attuale organizzazione dell'Ente e della sua dotazione organica, risulta alquanto difficile dare attuazione alla rotazione ordinaria del personale che opera nei settori ad elevato rischio di corruzione.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore

Responsabile della Corruzione e della Trasparenza

3.3.7.1.11L: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro

Questa misura favorisce il controllo da parte di più persone nel processo interessato e può costituire uno strumento idoneo a sanare la oggettiva impossibilità di procedere alla rotazione ordinaria del personale dell'Ente.

Nuove norme sul procedimento amministrativo: Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.

Normativa:

Azioni:

Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra il Direttore, il RPCT e il personale dipendente.

Calendarizzazione di riunioni trasversali con i referenti delle diverse Aree e riunioni dedicate a ciascuna Area operativa dell'Ente. La condivisione di criticità e problematiche è strumento efficace al fine di individuare soluzioni condivise in cui tutto il personale si senta

parte attiva dei processi e delle diverse attività dell'Ente.

Favorire i processi di condivisione anche a livello di documenti informatici, che non devono essere concepiti come patrimonio personale del dipendente, ma come patrimonio dell'Ente. In tal senso il RPCT dovrebbe assicurarsi che tutti i dipendenti siano autorizzati ad accedere alle diverse cartelle dell'Archivio Uffici, stabilendo dei criteri di Accesso in modalità Visualizzazione e Accesso in modalità Visualizzazione e possibilità di riutilizzare i documenti o di modificarli. La diffusione trasversale delle conoscenze e delle competenze deve diventare una modalità operativa ordinaria, anche al fine di sopperire ai limiti che non consentono di attuare una delle misure cardine della prevenzione della corruzione, quale la Rotazione ordinaria dei dipendenti.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore Asp

3.3.7.1.12M: Svolgimento periodico di rilevazione della qualità percepita dagli utenti e loro familiari.

Monitoraggio e valutazione della qualità percepita

Normativa:

Azioni:

Questionari distribuiti al 100% utenti candidabili (ospiti e/o parenti).

? 70% dei questionari compilati con valutazione superiore a buono in tutti gli items.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore

Coordinatori

3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio

3.3.8.1 Area A- Acquisizione e progressione del personale

Procedure di reclutamento e dimissione personale

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Risorse Umane

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	2,50	BASSO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Mancanza di controlli/verifiche
- Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati"
- Irregolare composizione delle commissioni di concorso

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

Progressioni di carriera e istituti ex CCNL

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Risorse Umane

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	2,50	BASSO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti

- Irregolare composizione delle commissioni di concorso

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, F, H, L

Da attuare/migliorare

G

3.3.8.2 Area B - Affidamento di lavori, servizi e forniture

Affidamento lavori

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Contratti e Patrimonio

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	4,00	MEDIO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Irregolare composizione delle commissioni di concorso
- Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara
- Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa
- Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Contratti e Patrimonio

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	4,00	MEDIO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Contratti e Patrimonio

Probabilità	Impatto	Valore rischio
0,00	0,00	ND

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Irregolare composizione delle commissioni di concorso
- Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara

- Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa
- Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

3.3.8.3 Area C -Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Gestione Contenzioso e insoluti

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Bilancio e Controllo di Gestione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,50	2,00	BASSO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Motivazioni generiche e tautologiche
- Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L, M

Da attuare/migliorare

G

3.3.8.4 Area D - Incarichi e nomine

Conferimento di incarichi di collaborazione

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Risorse Umane

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	2,50	BASSO

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di adeguata pubblicità
- Mancanza di controlli/verifiche
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati"
- Irregolare composizione delle commissioni di concorso
- Motivazioni generiche e tautologiche

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

3.3.8.5 Area E - Gestione servizi alla persona

Erogazione servizi socio sanitari e assistenziali

Ufficio responsabile

- Cra e Cd Baccarini - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Cra e Cd Busignani Cervia - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Comunità Alloggio e app. protetti Ravenna - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	2,00	BASSO

Fasi

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo
- Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati"

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

Convenzioni con Associazioni di Volontariato e Enti Pubblici

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Contratti e Patrimonio

Probabilità	Impatto	Valore rischio
0,00	2,50	ND

Fasi

- -

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti

Attuazione misure

Attuate

A , B, C , D, D, E, F, H, I, L

Da attuare/migliorare

G

Richiesta inserimento in struttura per posti non accreditati

Ufficio responsabile

- Cra e Cd Baccarini - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Cra e Cd Busignani Cervia - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Comunità Alloggio e app. protetti Ravenna - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,67	1,00	MINIMO

Fasi

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo

-

- Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati"
- Motivazioni generiche e tautologiche

Attuazione misure

Attuate

B, C, D, D, L, M

Da attuare/migliorare

G

Valutazione e verifica in fase di esecuzione della qualità delle forniture e dei servizi offerti

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Contratti e Patrimonio
- Cra e Cd Baccarini - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Cra e Cd Busignani Cervia - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore
- Comunità Alloggio e app. protetti Ravenna - Area gestione servizi alla persona - Coordinatore

Probabilità	Impatto	Valore rischio
0,00	2,00	ND

Fasi

-

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Motivazioni generiche e tautologiche

Attuazione misure

Attuate

B, C, D, H, L, M

Da attuare/migliorare

G

3.3.8.6 Area F - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Gestione Cassa Economale

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Bilancio e Controllo di Gestione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
-------------	---------	----------------

1,75	1,00	MINIMO
------	------	---------------

Fasi

-

Rischio

- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti
- Motivazioni generiche e tautologiche

Attuazione misure

Attuate

B, C, D, H, L

Da attuare/migliorare

G

Rilascio certificazioni ai fini fiscali (delibera Regione Emilia Romagna n. 514/2009 e s.m.i.).

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Bilancio e Controllo di Gestione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,00	MINIMO

Fasi

-

Rischio

- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti

Attuazione misure

Attuate

C, D, H, L

Da attuare/migliorare

G

Rette ospiti emissioni e incassi

Ufficio responsabile

- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - Direzione
- Amministrazione -ASP RaCeRu - Amministrazione -ASP RaCeRu - U.O Bilancio e Controllo di Gestione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,25	1,00	MINIMO

Fasi

-

Rischio

- Mancanza di controlli/verifiche
- Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti
- Motivazioni generiche e tautologiche

Attuazione misure

Attuate
B, C , D, H, L

Da attuare/migliorare
G

3.3.9 Trasparenza e Integrità

3.3.9.1 Responsabili della pubblicazione, procedura di pubblicazione dei dati e obiettivi

Ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 43, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013 il RPCT, il Direttore e i dipendenti amministrativi dell'Ente garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”.

Ognuna delle già menzionate figure è dunque garante e partecipe delle misure e delle iniziative in materia di trasparenza, dovendo predisporre negli ambiti di propria competenza le attività necessarie affinché vengano assicurati gli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicità. Tali figure devono inoltre verificare l'esattezza e la completezza dei dati pubblicati inerenti ai rispettivi ambiti di competenza.

Gli uffici competenti forniscono i dati nel rispetto degli standard previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e in particolare nell'allegato 1 del D. Lgs. n. 97/2016.

Il RPCT ha il compito – tra gli altri – di verificare la correttezza dei documenti, degli atti e dei dati che devono essere pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito dell'Ente, nonché di monitorare periodicamente che la pubblicazione sia tempestiva o comunque conforme alle norme di legge e alle delibere ANAC che recano linee guida in materia.

A tal fine, per consentire agli Uffici preposti di operare correttamente è necessario per l'Ente provvedere ad assicurare un'adeguata formazione del Direttore e dei dipendenti in materia di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza.

Dunque, il primo step imprescindibile consiste nella formazione dei dipendenti.

Il secondo step consisterà in una riorganizzazione della sezione Amministrazione Trasparente del sito, che tenga conto, oltre che delle disposizioni di legge, delle delibere dell'ANAC.

3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni

Per ogni Sezione e/o Sottosezione sono delegati le aree e gli uffici competenti alla pubblicazione e aggiornamento dei dati, e i termini per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione o la non applicabilità dell'adempimento. L'aggiornamento dei dati informativi oggetto di pubblicazione è determinato con:

1. Cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale.
2. Cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate.
3. Cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti.
4. Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione. In ogni modo si considera “tempestivo” un tempo di pubblicazione non superiore a tre mesi e comunque in relazione alle caratteristiche organizzative dell'ente.

Relativamente alle modalità di pubblicazione è opportuno evidenziare che, in ottemperanza all'art. 7 del D. Lgs. 33/2013 (fermi restando i limiti stabiliti dall'art. 7 bis del medesimo decreto) I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria [...] sono pubblicati in formato di tipo aperto ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, (D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82), e sono riutilizzabili ai sensi del decreto legislativo 24 gennaio 2006, n. 36 (Attuazione della direttiva 2003/98/CE relativa al riutilizzo di documenti nel settore pubblico), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, [...], fermo restando l'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Dato atto che, i termini per l'adempimento debbono necessariamente tener conto della sostenibilità complessiva del sistema in relazione alle dimensioni e alle caratteristiche della struttura organizzativa, l'art. 8, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013 dispone che i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Premesso quanto sopra è doveroso segnalare che in base al comma 3 bis del sopra citato art. 8 “L'Autorità nazionale anticorruzione, sulla base di una valutazione del rischio corruttivo, delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso, determina, anche su

proposta del Garante per la protezione dei dati personali, i casi in cui la durata della pubblicazione del dato e del documento può essere inferiore a 5 anni”.

Sono fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto disposto dall'art. 14, comma 2, e dall'art. 15, comma 4, del medesimo decreto (obblighi di pubblicazione concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico e i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza). In detti casi, gli atti concernenti gli organi di indirizzo politico e dei titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione e consulenza, debbono essere pubblicati entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.

Trascorsi il quinquennio o il triennio previsti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno e la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

3.3.9.3 Accesso documentale (Artt.22 e ss. Legge n.241/1990)

Istituto introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge 241/90.

Il diritto di Accesso ai documenti amministrativi è esercitabile da chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento in riferimento al quale è richiesto l'Accesso.

Il Diritto di accesso documentale si configura, pertanto, in presenza di un interesse diretto, concreto e attuale e trova applicazione nelle disposizioni di cui agli artt. 22 e ss. della L. 241/1990.

Il diritto di Accesso Documentale è esercitato da tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici, collettivi o diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è chiesto l'Accesso.

La richiesta di Accesso documentale deve essere motivata e va presentata all'Ufficio che ha formato il documento o che lo detiene stabilmente, specificando:

- gli estremi dei documenti oggetto della richiesta o comunque gli elementi che ne consentano l'individuazione;
- la specificazione dell'interesse connesso all'oggetto, a motivazione della richiesta d'Accesso, ove occorra;
- Controinteressati: se l'istanza di Accesso documentale va ad incidere su eventuali controinteressati, l'Ente è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata AR, o tramite PEC. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di Accesso.

3.3.9.4 Accesso civico semplice (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)

Istituto introdotto dall'art. 5, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

Il diritto di Accesso civico costituisce l'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle Pubbliche Amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati e, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione, comporta il diritto di chiunque di richiedere l'Accesso de quo. La richiesta va presentata al RPCT dell'Ente, che, accertata la fondatezza dell'istanza, deve provvedere alla pubblicazione dei documenti richiesti nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale dell'Ente.

L'Accesso Civico riguarda i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria in base alla normativa vigente.

L'esercizio del diritto di Accesso può essere esercitato da chiunque; l'istanza non richiede motivazione e non vi è necessità di dimostrare alcun interesse specifico. L'istanza, redatta in forma scritta, deve indicare i dati, le informazioni o i documenti richiesti oggetto di pubblicazione obbligatoria rispetto ai quali si esercita il diritto d'Accesso Civico.

3.3.9.5 Accesso civico generalizzato (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)

Istituto introdotto dal D.Lgs. 97/2016 che ha modificato il l'art. 5 comma 2 come segue:

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

Il citato art. 5 bis dispone:

"L'accesso civico di cui all'articolo 5, comma 2, è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

1. la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;

2. la sicurezza nazionale;
3. la difesa e le questioni militari;
4. le relazioni internazionali;
5. la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
6. la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
7. il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso di cui all'articolo 5, comma 2, è altresì rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

1. la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
2. la libertà e la segretezza della corrispondenza;
3. gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Il diritto di cui all'articolo 5, comma 2, è escluso nei casi di segreto di Stato e negli altri casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche condizioni, modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'articolo 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

L'Accesso Civico Generalizzato riguarda dati e documenti detenuti dall'Ente, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria o comunque già pubblicati sul sito internet istituzionale.

L'Accesso Civico Generalizzato si esercita nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., sopra richiamato

L'esercizio del diritto di Accesso può essere esercitato da chiunque, l'istanza non richiede motivazione e non vi è necessità di dimostrare alcun interesse specifico.

L'istanza può essere presentata ad uno dei seguenti destinatari:

al Responsabile del Procedimento dell'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti secondo la competenza istituzionale, come indicato nella sezione del sito dell'Ordine "Amministrazione Trasparente"

al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) nel caso di istanza di riesame

Infine, ferme restando le disposizioni di legge vigenti in materia e richiamate anche le Linee Guida Anac adottate con delibera 1309/2016, vi è un aspetto che rileva e che evidenzia una differenza sostanziale tra Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato: l'istituto dell'Accesso Civico Generalizzato presenta in siffatta circostanza delle analogie con l'Accesso Documentale:

1. l'istanza va presentata al Responsabile dell'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti, e al RPCT solo in caso di richiesta di riesame dell'istanza;
2. in caso di diniego l'Ente deve motivare la decisione. La motivazione è necessaria anche in caso di accoglimento dell'istanza, specie nelle ipotesi in cui la richiesta riguarda diritti di soggetti terzi che, come controinteressati, sono stati coinvolti ai sensi dell'art. 5 co. 5 del decreto trasparenza.

4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Il modello organizzativo dell'ASP pone all'apice l'Assemblea dei Soci, costituita dai Sindaci dei Comuni soci, che definisce gli indirizzi generali dell'Azienda in base ai quali il Consiglio di Amministrazione, costituito da tre componenti che al suo interno nomina il Presidente e un Vice Presidente, individua le strategie e gli obiettivi della gestione.

La responsabilità della gestione aziendale è affidata al Direttore che si avvale dei Servizi di Supporto amministrativi e tecnici per sovrintendere organizzare e supportare le attività finali dirette alla gestione dei servizi alla persona.

I servizi Strumentali: Sistema Qualità e Welfare di comunità svolgono funzioni di implementazione del sistema di accreditamento, miglioramento della qualità e dell'ideazione e implementazione di nuovi progetti e servizi.

I Servizi alla persona rivolti alle persone anziane e fragili sono articolati in tre aree territoriali: Ravenna Cervia e Russi.

La macro organizzazione dell'ASP, approvato con delibera dell'Assemblea Soci n. 3 del 12/10/2023, è la seguente:

Servizi di Supporto amministrativi e tecnici	Affari Generali – Risorse umane	U.O. Risorse umane
		U.O. Affari Generali
	Bilancio – contabilità Controllo di Gestione	U.O. Bilancio e Contabilità
		U.O. Controllo di Gestione
	Contratti – Appalti patrimonio	U.O. Contratti e Appalti
		U.O. Patrimonio
Servizi Strumentali Sistema Qualità e Welfare di comunità	Sistema Qualità	Direzione ad interim
	Welfare di Comunità	Direzione ad interim

Servizi Finali	Area Ravenna	Comunità Alloggio
		Appartamenti Protetti
	Area Cervia	Casa Residenza e Centro Diurno per Anziani
		Comunità alloggio
	Area Russi	Casa Residenza e Centro Diurno per Anziani
		Appartamenti Protetti

L'Organigramma, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 10 del 06/09/2021, e i Mansionari ex. CCNL sottoscritto il 16.11.2022, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 07 del 26/04/2023, sono pubblicati sul sito dell'Ente.

Organizzazione

L'attività amministrativa dell'A.S.P. si svolge nel rispetto del principio di distinzione tra compiti politici di indirizzo e di controllo, riservati agli Organi di governo, e compiti di gestione tecnica, amministrativa ed economico-finanziaria, riservati al livello tecnico e in particolare al Direttore.

In esito alla selezione pubblica svolta il Consiglio di Amministrazione dell'ASP con la delibera n.1 del 20/01/2021 ha nominato Direttore il Dott. Raoul Mosconi, che con delibera n.23 del 06/12/2024 ha prorogato l'incarico che successivamente è stato nominato Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

A livello gestionale l'organigramma, approvato con Delibera del CdA n. 10 del 06/09/2021, prevede una figura dirigenziale apicale, il Direttore, che si occupa del coordinamento e della gestione di tutti gli aspetti operativi dell'Azienda. Il Direttore è a capo dei Servizi Amministrativi e di supporto e dei Servizi Strumentali Sistema Qualità e Welfare di comunità e dei Servizi Finali dell'Area di Ravenna.

4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera b), la presente sottosezione di programmazione indicata, in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, e la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione. L'Asp con delibera di C.d.A n.29 del 24.12.2024 ha approvato in via sperimentale dal 01/01/2025 al 31/12/2025 il "Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile"

4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale

Sottosezione di programmazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale: ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera c), la presente sottosezione di programmazione, indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e da evidenza della capacità assunzionale dell'amministrazione, della programmazione delle cessazioni dal servizio, della stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, delle strategie di copertura del fabbisogno, delle strategie di formazione del personale, della riqualificazione o potenziamento delle competenze e delle situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

Politiche del personale

Nell'anno 2025 si qualificherà la struttura costituita negli anni precedenti.

Per questo motivo il primo obiettivo della politica del personale è quello di qualificare i dipendenti che sono in buona parte assunti nel biennio precedente attraverso percorsi formativi e di supervisione. Resta ferma la necessità di assicurare ai nuovi assunti nel triennio percorsi formativi ad hoc e formazione di gruppo per mantenere la qualità dei servizi.

L'assunzione del personale irrigidisce la struttura ma la fidelizzazione dei dipendenti, anche attraverso la contrattazione integrativa decentrata con l'applicazione del nuovo CCNL 2019 – 2021 sottoscritto il 16.11.2022 rappresenta una opportunità per cercare di scongiurare la costante emorragia di personale infermieristico e addetto all'assistenza verso AUSL e Ospedali e anche minori costi rispetto al ricorso alla somministrazione.

Il 20/12/2023 è stato sottoscritto il CCDI per il triennio 2023 -2025 sia per la parte normativa che relativamente all'accordo per la distribuzione del fondo per l'anno 2023. Il 24/12/2024 è stato sottoscritto l'accordo per il riparto del fondo delle risorse decentrate anno 2024.

Dotazione organica aggiornata al 31/12/2024

Dotazione al 31/12/2024	Profili	Dotazione Organica	D.O. Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
SERVIZIO DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO					
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Funzionario Amm. Contabile	2	2	1	1
Area degli Istruttori	Istruttore Amm. Contabile	4	4	3	1
	Istruttore Tecnico	1	1	1	0
Area operatori Esperti	Operatore Tecnico	2	2	1	1
Totale Servizio		9	9	6	3
SERVIZIO STRUMENTALE SISTEMA QUALITÀ E WELFARE DI COMUNITÀ					

Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Funzionario Amm. Welfare di Comunità	1	1	0	1
Area degli Istruttori	Istruttore Amm. Cont. Sistema Qualità	1	1	0	1
Totale Servizio		2	2	0	2
SERVIZI FINALI					
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Coordinatore Resp. di Struttura	3	3	3	0
	Infermiere	16	13	12	1
	Fisioterapista		3	0	3
Area Istruttori	Resp. di nucleo delle attività assistenziali	5	5	5	0
	Animatori	3	3	0	3
Area Operatori esperti	OSS	87	85	64	21
	AdB		2	1	1
	Operatore tecnico	5	5	0	5
Area Operatori	Operaio	1	1	1	0
TOTALE SERVIZI FINALI		120	120	86	34
TOTALE GENERALE		131	131	92	39

>

Dotazione organica per Area al 31/12/2024	Dotazione Organica	D.O. Per Posti istituiti	Posti ricoperti	Posti Vacanti
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	22	22	16	6
Area degli Istruttori	14	14	9	5
Area operatori Esperti	94	94	66	28
Area Operatori	1	1	1	0
TOTALE GENERALE	131	131	92	39

Piano triennale del fabbisogno del personale 2025 – 2027

Il piano triennale dei fabbisogni di personale per il periodo 2025 - 2027 definisce l'organico necessario all'organizzazione funzionale dell'Azienda, nel rispetto dei parametri definiti dai contratti di servizio e dalle direttive regionali per i servizi socio sanitari e socio assistenziali.

Al fine di aggiornare la pianificazione dei fabbisogni per il triennio si è quantificata la consistenza del personale al 31 dicembre 2024 sia in termini quantitativi sia rispetto ai profili professionali presenti.

Si sono considerati i seguenti fattori per stimare la quantificazione del fabbisogno:

- previsione delle potenziali dimissioni sulla base dell'andamento del turn over degli anni precedenti e dei pensionamenti prevedibili;
- programmazione delle assunzioni, individuando le modalità di copertura del fabbisogno (strategie di copertura del fabbisogno);
- programmazione del ricorso a forme di lavoro flessibile che consentano di assicurare la continuità dei servizi alla persona in gestione.

Strategie per la copertura del fabbisogno

Le scelte strategiche si completano con la definizione delle modalità di copertura del fabbisogno che nel piano triennale 2025-2027 è così suddivisa:

- scorrimento di graduatoria, in tutti i casi in cui vi sia una graduatoria valida per posti che si sono resi vacanti;
- avvio di procedure concorsuali in assenza di graduatorie valide;
- progressioni tra aree quale strumento di valorizzazione del merito e della crescita professionale del personale in servizio.

La definizione del bisogno di risorse umane coerente fra obiettivi assegnati e risultati da raggiungere in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, è effettuata sulla base dei seguenti fattori:

1. Capacità assunzionale in base dei vigenti vincoli di spesa.

In riferimento alla capacità assunzionale e i vincoli di spesa vanno richiamati le seguenti disposizioni che escludono le Asp da tali limiti:

1. art. 18, comma 2 bis, del D.L. 112/2008, come modificato dal D.L. 24.6.2014, che esclude dai limiti assunzionali "Le aziende speciali e le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali ed educativi, scolastici e per l'infanzia, culturali e alla persona (ex IPAB)";
2. art. 3 LR 12/2013 che chiarisce: "... Al fine di assicurare coerenza tra le misure dell'ordinamento statale e le competenze regionali sulla regolamentazione delle forme di gestione dei servizi sociali, socio-sanitari e educativi, la normativa vigente stabilita in materia di esclusioni dai divieti e dalle limitazioni nell'assunzione di personale per le aziende speciali e le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, educativi, culturali e farmacie e volta a garantirne la continuità dei servizi nello svolgimento del ruolo, si applica anche alle ASP. Le conseguenti facoltà assunzionali si esercitano prioritariamente in favore delle posizioni addette ai servizi di cui al comma 1, nonché al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi del percorso di accreditamento dei servizi socio-sanitari e il mantenimento dei requisiti previsti dalle normative di settore, statale e regionale.

2. Capacità assunzionale in base ai servizi gestiti o conferiti in gestione dai Comuni soci.

La pianificazione del fabbisogno nell'area dei servizi alla persona è coerente con le seguenti normative approvate dalla Regione Emilia - Romagna:

1. per la gestione dei servizi residenziali e semi-residenziali socio sanitari accreditati, nelle more dell'applicazione del nuovo accreditamento regionale ex D.G.R. 1638 del 08/07/2024, si sono applicati criteri e parametri ex DGR 514/2009 e s.m.i. che consistono in:
 - adozione di un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" (pubblico o privato che esso sia), in modo che venga garantita una responsabilità gestionale unitaria e complessiva;
 - nel possesso dei "requisiti specifici accreditamento", precisi parametri assistenziali e sanitari, intesi come rapporto tra i singoli profili professionali e il numero di utenti, tenuto conto dell'intensità dei bisogni assistenziali richiesti, sulla base del grado di non autosufficienza dell'utente stesso. Per la definizione di detto fabbisogno viene impiegata una specifica classificazione regionale sulla base del quale si definiscono i monte ore operatore per profili professionali per servizio accreditato in base al numero di posti convenzionati.
2. per la gestione dei servizi residenziali e semi-residenziali autorizzati al funzionamento e non accreditati la DGR 564/2000 e s.m.i. definisce i requisiti minimi, anche di personale, necessari per avere al funzionamento. Nei Contratti di servizio per la gestione sono elencati i requisiti puntuali e indicata la presenza programmata di personale assistenziale e sanitario in relazione al livello di non autosufficienza dell'utenza.

Al fine di mantenere e superare i parametri di cui ai punti I e II sopra richiamati il Direttore è autorizzato ad assumere i dipendenti nei limiti del fabbisogno identificato nel presente piano, resta inteso che se il numero di cessazioni dal servizio risultasse superiore alle previsioni, sarà possibile per il Direttore provvedere alla sostituzione del personale necessario, nei limiti della dotazione organica, con assunzioni o ricorrendo a forme di lavoro flessibile per garantire la continuità dei servizi.

La pianificazione del fabbisogno di personale dell'Asp si completa con la valutazione del ricorso a forme di lavoro flessibile quale strumento indispensabile sia per garantire la continuità e la qualità del servizio socio-sanitario sia per gestire l'evoluzione complessiva dei servizi con la loro flessibilità e variabilità.

Come rappresentato nello schema "piano del ricorso al lavoro flessibile" il ricorso al lavoro flessibile è destinato a:

1. copertura delle diverse forme di aspettative e part-time per l'area dei servizi alla persona;
2. sostituzione di assenze prolungate per l'area dei servizi alla persona;
3. assicurare i servizi o attività non definitivi, oggetto di riorganizzazione;
4. sostituzione dei posti vacanti per il tempo necessario per completare le procedure concorsuali per l'area dei servizi alla persona.

Esiti fabbisogno anni precedenti con effetti dal primo semestre 2025

Graduatorie utili per lo scorrimento

L'Asp dispone di una graduatoria utile per lo scorrimento per il profilo di infermiere, Area dei Funzionari e delle Elevate Qualificazioni. La graduatoria è stata approvata con Determina del Direttore Amministrativo dell'Asp dei Comuni della bassa Romagna n. 66 del 29/04/2024.

Procedure concorsuali in corso.

L'Asp sta svolgendo in accordo con l'ASP dei Comuni della bassa Romagna un concorso per il profilo di Fisioterapisti, Area dei Funzionari e delle Elevate Qualificazioni. La procedura si concluderà nel primo semestre 2025.

Progressioni tra Aree ex Art. 13 del CCNL 16.11.2022 primo semestre 2025.

Entro la vigente dotazione organica contenuta nel del Piano triennale del fabbisogno di personale approvato con Delibera del CdA n. 13 del 21.08.2024 e nell'ambito dei posti vacanti al fine di tenere conto dell'esperienza e delle professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'amministrazione in base al fabbisogno del personale approvato, informate le organizzazioni sindacali e le RSU ed entro il limite delle risorse dello 0,55% del monte salari dell'anno 2028, ai sensi della Delibera n. 21 del 06/11/2024 con la quale è stato approvato il "Regolamento recante le procedure e i criteri per le progressioni tra le Aree-regime speciale." si sono svolte le seguenti procedure per di progressioni verticali in deroga:

1.	Copertura di un profilo di Responsabile delle Attività Assistenziali, Area degli Istruttori, attualmente coperto con l'assegnazione di mansioni superiori ai sensi dell'Art. 52 comma 2 lettera a del D. Lgs. 165 del 2001, con un operatore dell'Area degli Operatori esperti in possesso dei requisiti ex. Delibera n. 21 del 06/11/2024.	Procedura terminata progressione di un operatore dall'Area degli operatori esperti all'Area degli Istruttori con profilo Responsabile Attività Assistenziali a fare data dal 01.01.2025.
2.	Copertura di un profilo di Operatore tecnico, Area degli Operatori esperti, su posto attualmente vacante, con un dipendente dell'Area degli Operatori in possesso dei requisiti ex. Delibera n. 21 del 06/11/2024.	Procedura terminata progressione di un operatore dell'Area degli operatori all'Area degli Operatori esperti a fare data dal 01.01.2025.
3.	Copertura di un profilo di Animatore, posto vacante, con operatore in possesso dei titoli e dei requisiti ex. Delibera n. 21 del 06/11/2024.	Procedura terminata progressione di un operatore dall'Area degli operatori esperti all'Area degli Istruttore con profilo Animatore a fare data dal 01.04.2025.

Scelte organizzative e strategiche 2025 - 2027

Servizi di supporto. Unità Operativa Patrimonio e manutenzioni

L'U.O. verrà qualificata inserendo la figura di un Funzionario tecnico architetto con potere di firma e qualificando la figura del manutentore con la definizione e la copertura di un profilo di Istruttore. Queste figure saranno in grado di assicurare, grazie all'esperienza maturata, le competenze trasversali richieste nelle relazioni e per la verifica dei lavori svolti dalle ditte esterne incaricate.

Servizi finali alla persona. Aree servizi finali Ravenna Cervia e Russi

Si prevedono nel triennio a partire dal 2026 pensionamenti di figure importanti per l'organizzazione del lavoro una RAA e un Coordinatore occorrerà quindi valutare come procedere alla loro sostituzione senza soluzioni di continuità e vuoti gestionali. Per quanto riguarda la figura del coordinatore si tratta del funzionario in capo al quale sono affidate funzioni trasversali che si vorrebbero formalizzare in deleghe al fine di definire un profilo di Direzione operativa.

Nell'anno 2025 è stato assegnata all'ASP dai Comuni soci la gestione dell'immobile sito a San Michele, Via Faentina n. 360 Ravenna, finalizzato all'ospitalità di anziani non autosufficienti ai sensi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 5 "Inclusione e coesione", componente 2 – "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" – Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" – Investimento 1.1 – sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti – 1.1.2 "Autonomia degli anziani non autosufficienti". Questa nuova gestione rientra pienamente nella mission di ASP la gestione di progetti innovativi di accoglienza degli anziani con l'obiettivo di adeguare l'offerta residenziale ai nuovi bisogni della popolazione ed agire conseguentemente nella logica di perseguire maggiore efficacia degli interventi ed efficienza dei servizi offerti, offrendo al contempo un supporto alle famiglie.

L'immobile destinato dispone di 9 appartamenti modulabili per 16 opportunità abitative, con spazi comuni per la coabitazione. Verrà gestito in seguito all'approvazione di un contratto di servizio con il Servizio Sociale Associato presumibilmente a partire dal mese di marzo 2025 per questo motivo ed essendo in una prima fase la gestione sperimentale non si è ritenuto di modificare la dotazione organica e il fabbisogno di personale relativo a questo progetto verrà organizzato a partire dalle unità di personale dipendente e, considerata la fase di sperimentazione, ricorrendo ad assegnazioni temporanee e al lavoro in somministrazione.

La pianificazione dei fabbisogni di personale e le scelte strategiche descritte in precedenza sono rappresentati nei seguenti schemi:

1. piano triennale del fabbisogno del personale 2025 -2027;

2. piano del ricorso al lavoro flessibile 2025;
3. piano triennale della formazione;

Fabbisogno Triennale del Personale 2025 – 2027

Fabbisogno del personale Anno 2025

Nell'anno 2025 non si prevedono pensionamenti.

Si confermano nell'anno la programmazione già definita nel piano triennale precedentemente approvato.

Nell'anno 2025 si ipotizzano, in analogia con gli anni precedenti, le dimissioni di 3 Operatori Socio Sanitari, Area Operatori esperti.

Anno 2025 progressioni tra Aree ex Art. 13 del CCNL 16.11.2022.

Entro la vigente dotazione organica e nell'ambito dei posti vacanti al fine di tenere conto dell'esperienza e delle professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'amministrazione in base al fabbisogno del personale approvato, informate le organizzazioni sindacali e le RSU ed entro il limite delle risorse dello 0,55% del monte salari dell'anno 2018, ai sensi della Delibera n. 21 del 06/11/2024 con la quale è stato approvato il "Regolamento recante le procedure e i criteri per le progressioni tra le Aree-regime speciale." si sono svolte le seguenti procedure per di progressioni verticali in deroga:

1	Copertura di un profilo di Funzionario tecnico, Area dei Funzionari e delle Elevate Qualificazione, profilo di nuova definizione su posto attualmente vacante con un operatore dell'Area degli Istruttori in possesso dei requisiti ex. Delibera n. 21 del 06/11/2024.	Procedura da svolgere nel secondo semestre 2025.
2	Copertura di un profilo di Istruttore manutentore, Area degli Istruttori, profilo di nuova definizione su posto attualmente vacante con un operatore dell'Area degli Operatori esperti in possesso dei requisiti ex. Delibera n. 21 del 06/11/2024.	Procedura da svolgere nel secondo semestre 2025.

Fabbisogno del personale previsto per l'anno 2025

AREA	Profilo	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Funzionari ed E.Q.	Fisioterapista	2 unità a t.p. 50%	Concorso in forma associata in corso di svolgimento	Assunzione a tempo indeterminato	Primo semestre 2025
Funzionari ed E.Q	Funzionario tecnico architetto	1	Progressioni Verticale tra Aree	Assunzione a tempo indeterminato	Secondo semestre 2025
Istruttori	Istruttore tecnico manutentore	1	Progressioni Verticale tra Aree	Assunzione a tempo indeterminato	Secondo semestre 2025
Operatore Esperto	Operatori Socio Sanitario	3	Concorso previo mobilità.	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2025

N.B.In caso di ulteriori dimissioni e/o pensionamenti non previsti e ipotizzati il Direttore ha il mandato di procedere alle assunzioni garantendo il turnover senza ulteriori modifiche del fabbisogno che verrà aggiornato nel primo atto di programmazione utile.

Fabbisogno del personale Anno 2026

Nell'anno 2026 non si prevedono:

- un pensionamento di un Istruttore Responsabile delle Attività Assistenziali;

Nell'anno 2026 si ipotizzano le seguenti dimissioni volontarie: dimissioni volontarie di 3 Operatori Socio Sanitari, Area Operatori esperti; dimissioni volontarie di 1 Infermiere.

Tabella fabbisogno del personale previsto per l'anno 2026

AREA	Profilo	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Istruttore	Responsabile Attività Assistenziale	1	Concorso previo mobilità.	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2026
Operatore Esperto	OSS	3	Scorrimento di graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2026

N.B. In caso di ulteriori dimissioni e/o pensionamenti non previsti si dà mandato al direttore a procedere alle assunzioni garantendo il turn over senza ulteriori modifiche del fabbisogno che verrà aggiornato nel primo atto di programmazione utile.

Fabbisogno del personale Anno 2027

Nell'anno 2027 si prevede il pensionamenti di:

- un Funzionari Coordinatore con incarico di Elevate Qualificazioni.
- un pensionamento di un in Istruttore Tecnico manutentore.

Nell'anno 2027 si stimano le seguenti dimissioni volontarie: dimissioni volontarie di 2 Operatori Socio Sanitari, Area Operatori esperti; dimissioni volontarie di 1 Infermiere. Per la sostituzione del personale per ogni altro motivo cessato il Direttore può procedere alla sostituzione.

Tabella fabbisogno del personale previsto per l'anno 2027

AREA	Profilo	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Istruttore	Istruttore Tecnico manutentore	1	Concorso previo mobilità.	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2027
Funzionario E.Q.	Coordinatore	1	Concorso/selezione		Nell'anno 2027
Operatore Esperto	OSS	2	Scorrimento di graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2027

Piano del fabbisogno lavoro flessibile 2025

Anno 2025	Dotazione Organica Posti vacanti FTE	Profili da ricoprire	Ricorso al lavoro flessibile F.T.E.
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	6	Infermiere	2
		Fisioterapista	2,5

Area degli Istruttori	5	Istruttore tecnico	1
		Animatori	2
Area operatori Esperti	27	Operatori socio sanitari	25
		Operatori tecnici	2
Area Operatori	0	0	0

Piano della Formazione 2025 - 2027

L'ASP ritiene lo sviluppo e l'aggiornamento professionale dei propri dipendenti lo strumento prioritario per sostenere il costante adeguamento delle competenze e per favorire il consolidarsi di un orientamento sempre più attento al risultato, alla qualità delle prestazioni e dei servizi resi.

La formazione in primo luogo è un obbligo relativamente alle tematiche della sicurezza sui luoghi di lavoro alla prevenzione. Per il personale impiegato nei servizi accreditati è previsto un ulteriore obbligo formativo minimo da assicurare nell'anno. Per il personale amministrativo e di supporto l'obbligo formativo riguarda le materie relative al buon andamento dell'amministrazione a partire dalla prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Le tipologie di formazione sono:

1. Formazione obbligatoria: prevista dalla normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, finalizzata all'accREDITAMENTO socio sanitario, ecc... è la seguente:
 1. Formazione lavoratori relativa alla sicurezza sul lavoro: tutti i dipendenti (sia dipendenti Asp e interinali), a parte il personale impiegatizio (ovvero coloro che lavorano dietro ad una scrivania full time), devono fare il corso di formazione per rischio alto ovvero 4 ore di formazione generale + 12 ore di formazione per rischio specifico ALTO, mentre per gli amministrativi, la formazione prevista è di 8 ore, 4 ore di formazione generale + 4 di formazione specifica a rischio Basso. Per entrambe le classi di rischio è previsto un aggiornamento quinquennale di 6 ore;
 2. Formazione primo soccorso: gli addetti alla squadra di primo soccorso devono avere una formazione base per addetto al primo soccorso per aziende di gruppo B della durata di 12 ore, come sancito dal DM 388/03 e Dlgs 81/08. Tale formazione prevede un aggiornamento della durata di 4 ore da effettuarsi ogni 3 anni;
 3. Attestati BLSD: questo tipo di abilitazione va rinnovata ogni due anni per il personale sanitario;
 4. Formazione addetti prevenzione incendi: tutto gli addetti alla prevenzione incendi devono essere in possesso di corso di formazione completo per rischio ALTO (16 ore) ed aver superato l'esame pratico presso i vigili del fuoco. Questa formazione prevede un aggiornamento di 8 ore da effettuarsi ogni 3 anni (non necessità di esame);
 5. Formazione per preposti alla sicurezza: tutti coloro che saranno o sono incaricati per l'incarico di Preposto, dovranno effettuare un corso di formazione completo della durata di 8 ore; tale corso prevede un aggiornamento di 6 ore con cadenza quinquennale;
 6. Addetto HACCP: la normativa prevede due tipi di addetti: livello 1 e livello 2 a seconda del livello si individua la periodicità del corso di aggiornamento. Ogni tre anni per gli addetti di livello 2 (addetti alla cucina), ed ogni 5 anni per gli addetti di livello 1 (es.-distribuzione pasti);
2. Formazione e sviluppo risorse umane: l'ente definisce e promuove una politica complessiva di qualificazione del personale e del lavoro – selezione, accompagnamento, formazione permanente, sviluppo, integrazione interprofessionale - per garantire la qualità del servizio e la tutela dei diritti delle persone.

L'ASP utilizza due tipologie di percorsi formativi tra loro integrati: formazione interna e formazione esterna.

- **Formazione interna:** ha l'obiettivo di aumentare le competenze, dei singoli e dell'organizzazione, attraverso l'apprendimento fra pari o l'aggiornamento da parte dei responsabili. Questo tipo di formazione persegue obiettivi più generali come l'integrazione professionale, creando occasioni di confronto e integrazione fra professionisti, ruoli e responsabilità diverse e fra unità organizzative anche operanti in contesti territoriali diversi. Si svolge attraverso l'organizzazione e la realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento su temi trasversali ai servizi/attività dell'Azienda, su argomenti specialistici per aree di competenza e il benchmark fra unità organizzative.
- **Formazione esterna:** ha l'obiettivo di consentire ai dipendenti opportunità di aggiornamento permanente anche su aspetti/tematiche specifiche e specialistiche inerenti le attività di competenza sia dei singoli che di unità operative. Questo obiettivo si realizza favorendo la partecipazione degli Operatori ad attività formative o organizzando direttamente (percorsi formativi, seminari, giornate di studio).

Gli indirizzi strategici dell'ASP per il triennio dal 2025 - 2027 sono coerenti con gli obiettivi triennali e il piano delle attività assegnato al Direttore. Le azioni formative in conseguenza della riorganizzazione in atto sono il risultato di una ricognizione dei bisogni formativi rilevati dai responsabili e dal Direttore con il coinvolgimento dei dipendenti.

La formazione essendo finalizzata al raggiungimento degli obiettivi assegnati per il triennio 2025 - 2027 e sarà oggetto di come da Piano delle performances.

Programma della formazione 2025 -2027

Formazione obbligatoria:

Per l'anno 2025 si completerà la formazione relativa alla prevenzione incendi del personale neo assunto e si svolgerà l'ultimo corso.

Formazione su etica pubblica e prevenzione della corruzione.

Obiettivo formativo	U.O. interessate alla formazione	Tipologia di formazione da adottare
Formazione in materia di etica pubblica e prevenzione della corruzione: presentazione codice di comportamento.	Tutto il personale	Formazione interna
Formazione in materia di etica pubblica, codice di comportamento e funzionamento dei meccanismi delle sanzioni disciplinari.	Direttore, Coordinatori titolari di EQ e U.O. Personale	Formazione esterna
Buone pratiche per la promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani, anche per contrastare possibili violenze e aggressioni Nell'ambito del piano della prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2021 -2025	Coordinatori, RAA e RAS	Formazione esterna con AUSL della Romagna
Upgrade Cartella Socio sanitaria 2.0	Coordinatori, RAA, RAS, I, T e MMG	Formazione Esterna con Zucchetti HC

Progetti formativi specifici

Formazione informatica

Progetto di formazione sui sistemi informativi dell'ASP Ravenna Cervia e Russi.	Servizi amministrativi e di supporto, e Coordinatori	Formazione esterna incarico
---	--	-----------------------------

Formazione specifica ex accreditamento

Piano di formazione ad hoc per 12 ore annuali	OSS	Formazione Interna e Esterna
---	-----	------------------------------

Progetto imparare facendo: Infermieri

Formazione specifica Infermieri	Infermieri	Formazione Esterna incarico
---------------------------------	------------	-----------------------------

Progetto imparare facendo: Amministrazione U.O. Contratti Appalti Patrimonio

Aggiornamento formazione per le stazioni appaltanti certificate	U.O. Contratti Appalti Patrimonio	Formazione Esterna
---	-----------------------------------	--------------------

Progetto imparare facendo: Amministrazione Ufficio Risorse Umane

Gestione previdenza del personale e pratiche pensionistiche con INPS	Ufficio Risorse Umane	Formazione Esterna incarico
--	-----------------------	-----------------------------

>Organizzazione del personale assegnato in base a funzioni e servizi anno 2025

Servizi Amministrativi Strumentali e di Supporto

SERVIZIO DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO	Profili	Dotazione Organica	Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Funzionario amministrativo Contabile	2	1	1	0
	Funzionario tecnico architetto		1	0	1
Area degli Istruttori	Istruttore Amm. contabile	4	4	3	1
	Istruttore Tecnico	1	1	1	0
	Istruttore tecnico manutentore	1	1	0	1
Area Operatori Esperti	Operatore Tecnico	1	1	1	0

Totale Servizio		9	9	6	3
-----------------	--	---	---	---	---

Servizio Strumentale Sistema Qualità e Welfare di Comunità	Profili	Dotazione organica	Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Funzionario Amm. Welfare di Comunità	1	1	0	1
Area degli Istruttori	Istr. Amm. Cont. Sistema qualità	1	1	0	1
Totale Servizio		2	2	0	2

Servizi finali realizzati a Cervia: CRA e CD F. Busignani, Comunità alloggio Via Abruzzi.

SERVI FINALI CERVIA ANNO 2025	Profili	Dotazione Organica	Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Coordinatore Responsabile di Struttura	10	1	1	0
	Infermiere		7	6	1
	Fisioterapista		2	0	2
Area Istruttori	Resp. Attività Assistenziali	4	2	2	0
	Animatori		2	0	2
Area Operatori esperti	OSS	44	43	33	10
	AdB		1	0	1
	Operatore tecnico	2	2	2	0
Area Operatori	Operaio	1	1	0	1
Totale Servizio		61	61	44	17

Servizi finali realizzati a Russi: CRA e CD A. Baccarini, Appartamenti protetti P.zza Farini.

SERVIZI FINALI RUSSI ANNO 2025	Profili	Personale in D.O.	Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
--------------------------------	---------	-------------------	-------------	-----------------	---------------

Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Coordinatore Resp. di Struttura	7	1	1	0
	Infermiere		5	4	1
	Fisioterapista		1	0	1
Area Istruttori	Resp. Attività Assistenziali	3	2	2	0
	Animatori		1	0	1
Area Operatori esperti	OSS	35	34	24	10
	AdB		1	1	0
	Operatore tecnico	2	2	0	2
Totale Servizio		47	48	32	15

Servizi finali Ravenna:Comunità alloggio e Appartamenti protetti Valentiniano.

SERVIZI FINALI RAVENNA ANNO 2025	Profili	D.O.	Per profilo	Posti ricoperti	Posti Vacanti
Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione	Coordinatore Resp. di Struttura	2	1	1	0
	Infermiere		1	1	0
Area Istruttori	Resp. di nucleo delle attività assistenziali	1	1	1	0
Area Operatori esperti	OSS	9	9	7	2
Totale Servizio		12	12	10	2

5 Sezione 4: Monitoraggio

In questa sezione dovranno essere indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza:

Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

La relazione del RPCT viene predisposta su un modello reso disponibile dall'ANAC.

Qualora nel corso dell'anno emergessero elementi di criticità per le quali si ritiene opportuno adottare ulteriori misure di prevenzione, sarà cura dell'Ente provvedere ad un aggiornamento del PTPCT, su proposta del RPCT e in quel caso consentire agli stakeholder di fornire osservazioni durante il periodo di pubblicazione della proposta del Piano, prima dell'approvazione definitiva, riconoscendo al documento la natura di strumento dinamico e non di mero atto burocratico.

L'Ente valuterà la fattibilità e l'opportunità di dotarsi di strumenti organizzativi informatici, al fine di consentire che il monitoraggio dei procedimenti e del corretto andamento delle misure per la gestione del rischio siano efficaci e periodicamente effettuati.

L'amministrazione oltre alla programmazione delle misure ha sviluppato un sistema che permette il monitoraggio periodico delle stesse e l'eventuale attuazione.

Il sistema si articola su due livelli:

- Il 1° Livello di monitoraggio compete ai responsabili delle Aree o ai referenti se nominati che redigeranno una autovalutazione sullo stato di attuazione delle misure;
- Il 2° Livello di controllo e monitoraggio spetta al RPCT il quale verificherà la totalità delle misure anche puntando sulle valutazioni ricevute dal 1° livello.

Per gestire questo sistema si è utilizzata la funzionalità di monitoraggio presente all'interno della "Piattaforma di acquisizione dei PTPCT" dell'ANAC.