



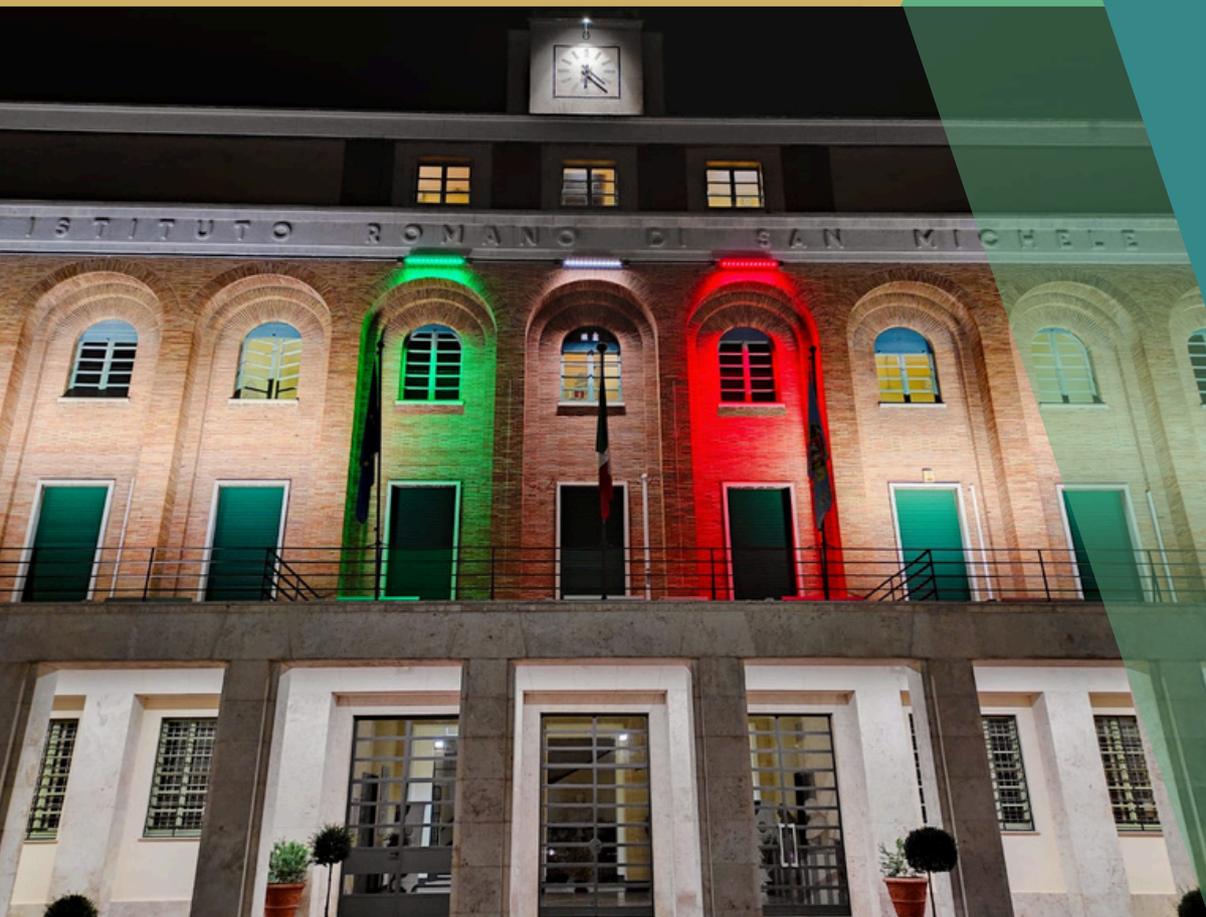
Istituto Romano di
San Michele

2025-2027

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

P.I.A.O.

Art. 6 del decreto-legge n. 80/2021 convertito in
legge 6 agosto 2021, n. 113



ASP Istituto Romano di San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n. 4

P.I. 06510971002 / C.F. 80112430584

tel. 06.51858205

www.irsm.it

Redazione a cura di:

Dott. Serafino Giuliani - Direttore dell'ASP e Responsabile Prevenzione corruzione e trasparenza.

Sig.ra Silvana Cianfarani – Settore Risorse Umane

Dott. Valerio Ciani - Coordinatore struttura di supporto RPCT aziendale

Dott.ssa Serena Desidera - Componente struttura di supporto RPCT aziendale

Dott. Alessio Lagattola - Responsabile Ufficio Internal Audit

Dott. Damiano De Angelis – Responsabile ICT dell'ASP

Dott. Giulio Conte – Ufficio Comunicazione

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

PIAO 2025-2027

Indice

PREMESSA.....	3
IMPIANTO GENERALE DEL PIAO	4
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Denominazione, Sede Legale, Sito Web e logo dell'Azienda - Scheda anagrafica	5
1.2 Mission Aziendale e normativa di riferimento.....	5
1.3 I valori e i principi dell'Azienda.....	12
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	14
2.1 Valore Pubblico.....	23
2.2 Performance	26
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	32
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	94
3.1 Struttura Organizzativa	94
3.2 Organizzazione del lavoro agile	98
3.3 Piano Triennale del Fabbisogno del Personale.....	98
3.4 Formazione del Personale	104
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	115



PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato introdotto con la finalità di consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni e una sua semplificazione, nonché assicurare una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese. In esso, gli obiettivi, le azioni e le attività dell'Ente sono ricondotti alle finalità istituzionali e alla missione pubblica complessiva di soddisfacimento dei bisogni della collettività e dei territori, si tratta quindi di uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di un forte valore comunicativo, attraverso il quale l'Ente pubblico comunica alla collettività gli obiettivi e le azioni mediante le quali vengono esercitate le funzioni pubbliche e i risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

Riferimenti normativi

L'art. 6, commi da 1 a 4, del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2021 n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, che assorbe una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa, in particolare: il Piano della performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano triennale dei fabbisogni del personale, quale misura di semplificazione, snellimento e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle Pubbliche Amministrazioni.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione ha una durata triennale e viene aggiornato annualmente, è redatto nel rispetto del quadro normativo di riferimento relativo alla Performance, ai sensi del decreto legislativo n. 150 del 2009 e delle Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, all'Anticorruzione e alla Trasparenza, di cui al Piano Nazionale Anticorruzione e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012, del decreto legislativo n. 33 del 2013 e di tutte le ulteriori specifiche normative di riferimento delle altre materie dallo stesso assorbite, nonché sulla base del "Piano tipo", di cui al Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30 giugno 2022, concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Ai sensi dell'art. 6, comma 6-bis, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, come introdotto dall'art. 1, comma 12, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge n. 25 febbraio 2022, n. 15 e successivamente modificato dall'art. 7, comma 1 del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito con modificazioni, in legge 29 giugno 2022, n. 79, le Amministrazioni e gli Enti adottano il PIAO a regime entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione è deliberato in coerenza con il Bilancio economico di previsione annuale 2025 e triennale 2025-2026-2027 di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione 27 dicembre 2024, n. 29. Ai sensi dell'art. 1, comma 1, del DPR n. 81/2022, integra il Piano dei fabbisogni di personale, il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, il Piano della performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano di azioni positive.

IMPIANTO GENERALE DEL PIAO

Il PIAO consente di rappresentare l'agire dell'ASP Istituto Romano di San Michele su asset strategici espressi attraverso le diverse articolazioni aziendali in una logica di visione complessiva ed il più possibile integrata, assicurando la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, il miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini, la costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

In particolare, nelle 4 Sezioni del P.I.A.O sono stati integrati i seguenti documenti.

a) il Piano della Performance, previsto all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, è il documento programmatico triennale attraverso il quale l'Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

b) il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione, aggiornamento 2023, del. n. 605 del 19.12.2023, che ha previsto le misure relative ai contratti pubblici e il nuovo codice, l'esemplificazione di rischi corruttivi e di misure di contenimento alla luce del nuovo quadro normativo, la trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023.

c) il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento del lavoro agile quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

d) il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP 2025/2027) adottato in data 13/12/2024 con Delibera n. 27/2024) che, compatibilmente con le risorse finanziarie ad esso riconducibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse, indicando le unità necessarie per sopperire alle carenze di organico compatibilmente con le risorse finanziarie assegnate, in coerenza con le proprie finalità statutarie e con le attività programmatiche di cui al Piano delle attività 2025-2027 approvato con Delibera n. 26/2024, successivamente integrato con Delibera n. 28/2024.

f) *il Piano di Formazione*, il cui aggiornamento per il 2025 individua i fabbisogni e gli obiettivi formativi annuali, in linea con gli obiettivi strategici dell'ASP.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Denominazione, Sede Legale, Sito Web e logo dell'Azienda - Scheda anagrafica

Denominazione Amministrazione	Istituto Romano di San Michele
Indirizzo	P.le A. Tosti n. 4 - 00147 ROMA
Codice fiscale	80112430584
Partita IVA	06510971002
Rappresentante legale	Giovanni Libanori
Numero dipendenti al 31 dicembre anno precedente	95
Telefono	06.51858205
Sito internet	http://www.irsm.it
E-mail	info@irsm.it
PEC	istitutoromanosanmichele@pcert.postecert.it
Instagram	https://www.instagram.com/aspsanmichele/
Facebook	https://www.facebook.com/aspsanmichele

1.2 Mission Aziendale e normativa di riferimento

L'Azienda è un ente pubblico non economico, senza finalità di lucro, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia giuridica, amministrativa, statutaria, regolamentare, patrimoniale, finanziaria, contabile, gestionale e tecnica.

A seguito del processo di promozione della fusione di alcune ASP avviato dalla Regione Lazio al fine di garantire continuità dei servizi erogati, anche in termini di sostenibilità economico-finanziaria, e di rafforzare il ruolo delle ASP stesse nell'ambito del Sistema integrato dei servizi socioassistenziali, completato l'iter previsto dalla normativa, con la Delibera di Giunta Regionale n. 863 del 31 ottobre 2024 è stata disposta la fusione per incorporazione dell'ASP IRASP nell'ASP Istituto Romano di San Michele e, contestualmente, è stato approvato il nuovo Statuto dell'Azienda.



Come è noto le IPAB rappresentano nella storia delle politiche sociali dell'Italia la prima forma organizzata di risposta ai bisogni sociali concepita dall'allora Stato liberale e monarchico in una fase di profonda trasformazione quale quella avvenuta a cavallo tra l'800 e il 900. Non è un caso che la Legge 17 luglio 1890, n. 6972 voluta da Francesco Crispi fu ribattezzata all'epoca la "Grande Riforma".

La normativa introdotta con la citata L. 17 luglio 1890, n. 6972 e il relativo regolamento attuativo di cui al RD 5 febbraio 1891, n. 99, seppur con modifiche marginali adottate tra le due guerre, è rimasta sostanzialmente inalterata fino al 2000, anno di approvazione della L. 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", con cui inizia il percorso legislativo e normativo di riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e la loro trasformazione in Aziende di Servizi alla Persona. La Legge n. 328/2000 di fatto riconosce e definisce il ruolo delle I.P.A.B., che operano in campo socio assistenziale, nella programmazione regionale per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi socioassistenziali, prevedendo all'art. 10 l'emanazione di un decreto legislativo da parte del Governo finalizzato a disciplinare gli Istituti prevedendone la trasformazione della forma giuridica al fine di garantire una gestione efficace ed efficiente, l'autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile. Il D. Lgs. n. 207 del 4 maggio 2001, "Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328", adottato poco prima dell'approvazione del referendum confermativo sulla revisione del Titolo V della Costituzione, disciplina, tenuto conto quanto previsto dalla L. 17 luglio 1890, n. 6972 e dalla successiva L. 8 novembre 2000, n. 328 il riordino delle I.P.A.B., che operano prevalentemente nel campo socio assistenziale anche mediante il finanziamento di attività ed interventi sociali realizzati da altri enti con le rendite derivanti dalla gestione del loro patrimonio ed inserite nel Sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'art. 22 della Legge n. 328, nel rispetto delle loro finalità e specificità statutarie. All'art. 5, inoltre, dispone che le I.P.A.B., che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali, sono tenute a trasformarsi in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, adeguando i propri statuti e all'articolo successivo definisce che le ASP:

1. non hanno fini di lucro, hanno personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed operano con criteri imprenditoriali; devono, inoltre, informare la propria attività di gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi, in questi compresi i trasferimenti;
2. alle ASP si applicano i principi relativi alla distinzione dei poteri di indirizzo e programmazione dai poteri di gestione; gli statuti devono disciplinare le modalità di elezione o nomina degli organi di Governo e di direzione e i loro rispettivi poteri e compiti;
3. nell'ambito della propria autonomia l'ASP può attuare tutti gli atti ed i negozi, anche di diritto privato, funzionali al perseguimento dei propri scopi istituzionali e all'assolvimento degli impegni assunti in sede di programmazione regionale. In particolare, può costituire società o

istituire fondazioni di diritto privato al fine di svolgere attività strumentali a quelle istituzionali nonché di provvedere alla gestione ed alla manutenzione del proprio patrimonio.

Il citato Decreto, riconoscendo l'esclusiva competenza delle Regioni in materia di assistenza e beneficenza, demanda a loro, all'art. 2, la facoltà di legiferare autonomamente in attuazione della riforma delle I.P.A.B. come previsto dalla L. n. 328/2000, di disciplinare le modalità di partecipazione delle stesse alle iniziative di programmazione e gestione dei servizi, l'apporto al Sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari, le risorse regionali eventualmente disponibili per potenziare gli interventi e le iniziative delle I.P.A.B. nell'ambito della rete dei servizi, il loro riordino e la trasformazione in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona. Dopo più di un secolo dalla Legge n. 6972/1890 "Norme sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza" con cui le Opere Pie, pur rimanendo enti autarchici, furono attratte nell'alveo pubblico mediante un sistema di controlli mutuato in parte da quello comunale e provinciale (vigilanza-controllo sugli organi, tutela-controllo sugli atti), sulla scia di un percorso di riforma avviato dal D.lgs. n. 207/2001, la Regione Lazio, con la L.R. 22 febbraio 2019, n. 2 e il conseguente Regolamento attuativo 9 agosto 2019, n. 17 ha avviato la trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) in Aziende di Servizi alla Persona (ASP) con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposte alla vigilanza della Regione Lazio ai sensi del Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 21. La previsione, di carattere tutt'altro che formale, segue un criterio di razionalizzazione dei servizi sociali e degli interventi erogati sul territorio regionale, nel solco del principio guida di integrazione dei servizi sociali dettato dalla L. n. 328/2000, ripreso e fatto proprio della L.R. n. 11/2016. A fronte delle 58 IPAB insistenti sul territorio della Regione Lazio prima della riforma, il processo di trasformazione, tenute presenti anche le trasformazioni in persone giuridiche private e le estinzioni, ha portato, ad oggi, alla presenza di nove ASP su tutto il territorio regionale, che dovrebbero essere ulteriormente ridotte ad otto a seguito del completamento dei procedimenti di fusione attualmente in corso. La ratio della trasformazione delle IPAB in ASP, quali soggetti aventi personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia giuridica, amministrativa, contabile, patrimoniale e gestionale, è quella di conseguire obiettivi di razionalizzazione dei costi e di maggiore efficienza ed efficacia dei servizi offerti, operando con criteri imprenditoriali ai sensi della L.R. n. 2/2019. Al medesimo scopo è stata prevista anche la fusione finalizzata a conseguire obiettivi di razionalizzazione dei costi e una maggiore efficienza dei servizi offerti, tenuto conto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità.

Il Regolamento Regionale n. 17/2019, ha stabilito, tra l'altro, i requisiti dimensionali minimi e i corrispondenti parametri organizzativi ed economico-finanziari affinché le ASP possano conseguire gli obiettivi statuari. La disciplina regionale di riordino e trasformazione delle IPAB in ASP ha consentito alle prime di evolvere in forme giuridiche maggiormente coerenti con il nuovo contesto normativo ed istituzionale, divenendo componenti fondamentali nella costruzione della rete dei servizi socioassistenziali, sociosanitari ed educativi, nonché strumento di raccordo per razionalizzare l'offerta sul territorio regionale con modalità standardizzate che facilitino l'accesso ai servizi da parte degli utenti. A tale scopo, ai sensi dell'art. 1, c. 2, della L.R. n. 2/2019 e dell'art. 38 della L.R. 10 agosto 2016, n.11 le ASP intervengono nelle fasi consultive e concertative della

programmazione socioassistenziale e sociosanitaria a livello regionale e locale e concorrono a realizzare i servizi e gli interventi del Sistema integrato sociale, anche mediante l'utilizzazione del proprio patrimonio immobiliare. La L.R. n. 2/2019 ha definito un nuovo sistema di governance in cui piani e programmi delle ASP devono essere approvati in coerenza con gli atti di programmazione regionale in materia, indicando indirizzi ed obiettivi dell'attività di gestione. Tale modello può realizzare, tra l'altro, un'efficace gestione associata e integrata dei servizi sociali anche mediante le forme di co-programmazione e co-progettazione previste dall'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 (più recentemente dagli indirizzi del D.M. n. 72 del 31/03/2021 e ribaditi nella DGR n. 987 del 29 dicembre 2023), secondo cui la co-programmazione è finalizzata all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi, delle modalità di realizzazione e delle risorse necessarie, mentre la co-progettazione è finalizzata alla definizione e realizzazione di specifici progetti atti a soddisfare i bisogni definiti nella programmazione. Con il nuovo assetto istituzionale le ASP possono costituire un vero e proprio ponte tra i servizi offerti sul territorio e i cittadini, con funzioni di coordinamento, di mappatura dei servizi stessi e di informazione all'utenza e ai soggetti pubblici del Sistema integrato, i quali si possono avvalere delle prestazioni delle ASP, ai sensi dell'art.1, c. 3, della L.R. n. 2 del 2019, contribuendo a realizzare comunità meno vulnerabili e maggiormente in grado di consentire l'accesso e la fruizione dei servizi essenziali da parte dei cittadini. Negli anni 2023-2024 numerosi sono stati gli atti adottati dalla Regione che hanno a pieno titolo fatto rientrare le ASP nella rete del Sistema integrato dei servizi sociali (v. la DGR n. 454 dell'8 agosto 2023; la DGR n. 408 del 27 luglio 2023 che approva le "Linee guida per la predisposizione della programmazione dei servizi e degli interventi delle ASP"; la DGR n. 300 del 9 maggio 2024 che ha integrato la composizione dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali con la partecipazione di una ASP designata dalla consulta regionale delle ASP). Nel prossimo triennio, a seguito anche del processo di riorganizzazione, le ASP si rafforzeranno sempre di più nel ruolo di anello della rete del Sistema integrato dei servizi sociali. La L.R. 22 febbraio 2019, n. 2 "Riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e disciplina delle ASP", introduce come elemento innovativo la partecipazione dell'ASP alla definizione dei contenuti del Piano sociale di zona, inserendola a livello strategico nel percorso che va dall'analisi dei bisogni che il territorio esprime, all'individuazione degli obiettivi che si intendono perseguire, sino alla definizione del mix di offerta che gli attori della rete dei servizi si impegnano a sviluppare/garantire e, in tale veste, può sottoscrivere accordi di programma o contratti di servizio come indicato nell'art. 1, c. 3, fornendo, in tal modo, uno strumento amministrativo aggiuntivo alla possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune già previsto all'art. 15 denominato "Accordi fra pubbliche amministrazioni" della Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi". Nella medesima L.R., al terzo comma dell'articolo 1 si afferma che i soggetti pubblici del Sistema integrato dei servizi, di cui al Capo IV della L.R. n. 11/2016, nell'ambito della propria autonomia, si possono avvalere, sulla base di specifici contratti di servizio, delle prestazioni che le ASP definiscono nei propri statuti, con particolare riguardo:

- alla programmazione e alla gestione degli interventi previsti nei piani sociali di zona;
- alla realizzazione dei progetti e dei servizi di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”;
- alla istituzione e alla sperimentazione di servizi innovativi in ambito socioeducativo, socioassistenziale e sociosanitario, nonché di assistenza a soggetti in condizione di disagio sociale e a rischio di esclusione;
- alle attività di recupero e riutilizzo a fini sociali dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136” e successive modifiche.

Viene, quindi, individuato un nuovo sistema di “governance” omogeneo in grado di promuovere e facilitare la collaborazione interistituzionale di tutti i soggetti pubblici e la messa in rete delle ASP nei territori, assicurando una vigilanza diffusa e costante, che diventano uno strumento operativo a disposizione della Regione e degli Enti Locali per l’attuazione delle politiche sociali, avendo sempre presente la qualità e la sostenibilità dei servizi. Tale modello assumerà un ruolo rilevante anche in relazione all’attuazione delle misure del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), poiché, in tale sede le ASP potranno mettere a disposizione degli enti interessati sia capacità e competenze maturate in ambito socioassistenziale e sociosanitario che immobili.

La Regione e gli enti secondo le modalità indicate dal Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurano un omogeneo livello di prestazioni attraverso:

- il servizio sociale professionale;
- il servizio di segretariato sociale per favorire l’accesso ai servizi, mediante l’informazione e la consulenza ai cittadini;
- il Punto Unico di Accesso, garantito in ogni distretto socio-sanitario;
- il pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
- il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Con la DGR n. 454 dell’8 agosto 2023 la Regione Lazio ha approvato le Linee guida relative al potenziamento della governance del Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali con cui ha individuato alcuni principi generali relativamente a:

- l’impiego dei fondi nazionali vincolati;
- il potere sostitutivo.

Il Piano Sociale di Zona, adottato in coerenza con il Piano Sociale Regionale, consente una uniforme applicazione da parte di tutti i distretti sociosanitari dei principi di programmazione regionale,

diffondendo capillarmente sul territorio regionale le prestazioni sociali, riconosciute come essenziali, erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale.

Con Deliberazione del Consiglio Regionale 24 gennaio 2019, n. 1 è stato adottato il Piano sociale denominato “Prendersi cura, un bene comune” attraverso il quale per la prima dopo circa 20 anni viene disegnato un modello omogeneo per la programmazione e la gestione dei servizi alla persona. La programmazione ed attivazione dei servizi socioassistenziali deve partire dall’analisi del fabbisogno sociale (dati, demografici, fattori sociologici, ascolto delle comunità) e dalla valutazione di impatto sociale (misurazione delle politiche intraprese e proposte) per consentire una Pianificazione mirata sui territori che allontani dalla riproposizione dei servizi basata sul cosiddetto “storico”. Gli obiettivi di servizio sono i seguenti:

- sviluppo delle reti di solidarietà: migliorare il lavoro in rete, sussidiarietà virtuosa con il terzo settore, maggiore coinvolgimento dei destinatari e delle famiglie;
- accessi più facili ai servizi: Punti Unici di Accesso, integrazione sociosanitaria, sostegno alla fruizione per le persone più esposte al rischio di marginalità;
- Welfare dell’autonomia: maggiore appropriatezza negli interventi, autonomia personale e vita indipendente, abbandono delle logiche assistenzialistiche;
- elementi di innovazione: budget di salute, co-progettazione, programmazione partecipata.

Tra le priorità di intervento indicate nel Piano Sociale emerge l’adozione di un processo sperimentale di accompagnamento che:

- assuma a riferimento il progetto personale della persona, redatto tramite la valutazione multidimensionale;
- consenta, anche in presenza di necessità di supporto intensivo, soluzioni abitative e servizi che ripropongano le dinamiche e le dimensioni familiari, contrastando situazioni di istituzionalizzazione;
- estenda, nel rispetto del principio della continuità delle relazioni e degli affetti, le comunità familiari ad accoglienza mista ai casi in cui le persone adulte con disabilità siano già state ospiti in età minorile;
- rappresenti un’opportunità per rivalutare, nel passaggio alla maggiore età, assieme all’interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

Il Piano prevede un forte investimento sui servizi e gli interventi finalizzati ad assicurare le migliori opportunità e i diritti delle persone di minore età. Anche attraverso l’adozione di un Piano regionale per l’infanzia e l’adolescenza, da definire in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, la magistratura e la giustizia minorile, il Garante regionale per l’infanzia e l’adolescenza, i servizi sociali e sociosanitari territoriali, le associazioni, i soggetti di advocacy e altre realtà attive in questo settore. Prevedendo la realizzazione di:

- specifici percorsi formativi per gli operatori pubblici e del terzo settore, coinvolgendo famiglie e singole persone interessate e disponibili a questo servizio;
- direttive in merito ai sostegni economici da garantire agli affidatari, con importi stabiliti in relazione alle condizioni dell'affidato, nonché alle risorse per le coperture assicurative di cui quest'ultimo è destinatario;
- azioni tese alla prevenzione, gestione e risoluzione del fenomeno della conflittualità genitoriale, al fine di tutelare lo sviluppo sociale, relazionale, psico-fisico, educativo del minore e prevenire il rischio di danni psicologici;
- servizi e strumenti per la promozione del benessere psichico in età evolutiva, anche con lo scopo di intercettare segnali predittivi di disagio psicologico.

La missione dell'ASP San Michele è riferita alla organizzazione ed erogazione di servizi di natura sociale, socio-assistenziale e socio-sanitaria con riferimento alla popolazione anziana e alle fasce deboli della popolazione in stato di bisogno sociale e socio-sanitario, incluse le persone con disabilità, attraverso l'organizzazione di servizi sociali e socio-assistenziali. L'organizzazione dei servizi e delle attività è parte della più ampia rete regionale e municipale, nella quale le ASP assumono un ruolo centrale e sussidiario. L'ASP San Michele adegua la propria azione alla progettazione del sistema dei servizi alla persona, con particolare riferimento al Piano Sociale Regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune" (Deliberazione Consiliare 24 gennaio 2019, n. 1), in linea ai principi generali contenuti nell'art. 1 della legge regionale n. 2/2019 e alla legislazione nazionale e regionale in tema di Sistema integrato di servizi sociali. Lo stesso concetto di umanizzazione dei servizi nel Piano Sociale Regionale nasce da una visione one health (olistica), che acquisisce una veste più complessa e globale, in una dimensione fisica, emotiva e psicologica che investe una serie di diritti della persona, promuovendo la partecipazione dei cittadini alla verifica del raggiungimento degli "obiettivi specifici" del Piano Sociale Regionale. Per quanto attiene più strettamente alle finalità istituzionali dell'ASP Istituto Romano di San Michele, il Piano ed il Programma delle Attività 2025-2026-2027, riprende, in continuità con la precedente programmazione, il contenuto nel Piano Sociale Regionale nelle parti riferite al "Potenziamento dei servizi per gli anziani", alle "Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria" e ai capitoli inerenti all'"Innovazione", al "Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali", confermando la propria natura di soggetto erogatore di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, nei confronti dei soggetti fragili e dell'area del disagio sociale. L'ASP San Michele dovrà pertanto inserirsi in un equilibrio flessibile, dimensionato ai bisogni del soggetto e della comunità, tale da produrre un flusso continuo di spostamento fra i servizi sul territorio resi alla persona in termini di accoglienza, orientamento, trasparenza, comunicazione e la risposta istituzionale delle proprie strutture residenziali. La missione dell'Istituto San Michele, nell'ambito del "sistema regionale ASP", è quella di individuare e implementare un campo d'azione per le proprie attività socio-sanitarie-assistenziali, decisamente più ampio rispetto al passato. Un'Azienda di Servizi alla Persona quale attrice dell'innovazione sociale, secondo un modello avanzato di Welfare di prossimità, aperto e ricettivo nei confronti delle istanze del territorio e certamente più impegnativo rispetto al lungo

commissariamento operativo pregresso e alle logiche della “assistenza e beneficenza” delle IPAB del passato. “La tipologia dei soggetti destinatari dei servizi, degli interventi e dell’ambito territoriale di riferimento, nonché i vincoli di destinazione dei beni e quanto previsto nei singoli atti di fondazione” (ex art. 4, c. 4, del Regolamento Regionale 9 agosto 2019 n. 17), sono disciplinati dallo Statuto dell’ASP IRSM, così come vengono assicurati e migliorati gli standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari alla persona in forma diretta da parte della ASP. Le finalità della ASP San Michele, riportate al capo II, art. 3 dello Statuto, rimarcano la precisa volontà, nel rispetto della storia e dei principi fondamentali delle tavole fondative, di confermare ed ampliare il target sociale di riferimento e, nel contempo, sviluppare l’organizzazione e l’erogazione dei servizi, nello spirito e negli intendimenti dettati dalla L.R. n. 2/2019. Su queste premesse, le attività che l’ASP “Istituto Romano di San Michele” intende svolgere si basa sull’ampliamento della rete dei servizi, prendendosi cura delle persone anziane in un continuo processo di ascolto, comprensione e dialogo delle esigenze socio-sanitarie, attraverso interventi strategici e integrati per una vera medicina di prossimità e inclusiva. Infine, con DGR n. 504 dell’11 luglio 2024 la Regione Lazio ha adottato lo schema del nuovo Piano sociale regionale valido per il triennio 2025-2027 e ha avviato l’iter per l’acquisizione del parere da parte di ciascuno degli enti e degli organismi di cui all’art. 47, c. 1 della L.R. 10 agosto 2016, n. 11.

1.3 I valori e i principi dell’Azienda

I principi di riferimento ai quali si ispira l’ASP nella programmazione e realizzazione delle sue attività comprendono la piena assunzione della responsabilità pubblica nella tutela delle esigenze dei cittadini, la universalità ed equità di accesso ai servizi offerti per tutte le persone presenti sul territorio.

L’ASP svolge, pertanto, la sua azione ispirandosi ai seguenti valori:

- **centralità della persona:** l’ASP persegue quale obiettivo prioritario il rispetto e l’attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori dell’utenza, sviluppando rapporti di fiducia attraverso l’implementazione della funzione di accoglienza, di ascolto attivo e di facilitazione dell’accesso ai servizi, orientando le azioni e le attività verso l’efficacia della presa in carico, nel rispetto del diritto all’uguaglianza, dell’integrità personale e delle convinzioni etiche e religiose, con l’erogazione di prestazioni socio-sanitarie orientate al perseguimento della qualità dell’appropriatezza, della scelta consapevole e dell’umanizzazione;
- **equità e uguaglianza:** rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni; garantire, in base al bisogno, pari e tempestive opportunità all’accessibilità dei servizi messi a disposizione al fine di assicurare interventi sostenibili per la comunità; concorrere al superamento delle barriere, sociali, culturali, ideologiche e religiose valorizzando l’integrazione tra attività istituzionali e attività sociali, di volontariato e di assistenza sociale;
- **trasparenza e integrità:** assicurare visibilità e chiarezza dei processi decisionali e delle modalità di erogazione e accesso ai servizi al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento

delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pur nel rispetto della legislazione in materia di tutela dei dati personali;

- **sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti:** sviluppare politiche aziendali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, organizzativa ed economica; attivare strategie di attenzione al benessere organizzativo e al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione; implementare il senso di appartenenza dei dipendenti attraverso la loro partecipazione consapevole ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva;
- **innovazione:** promuovere lo sviluppo delle attività di formazione per l'innovazione tecnologica e promuovere l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
- **miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'attività amministrativa:** la prima, attraverso la promozione dei percorsi assistenziali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata fondata sulle migliori evidenze scientifiche oltre a garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate e offrire prestazioni in condizione di tutela del rischio; la seconda, attraverso l'adozione di procedure amministrative volte a garantire la massima efficienza e assicurando uniformità ed integrazione a livello aziendale, nonché basandosi sui principi di legalità, trasparenza e buon andamento dell'attività amministrativa;
- **l'integrazione fra strutture e territorio** al fine di rafforzare la rete integrata di produzione/erogazione dei servizi socio-sanitari;
- **l'integrazione socio sanitaria** quale momento di raccordo tra le funzioni di assistenza sanitaria e le funzioni di assistenza sociale, avvalendosi di una programmazione socio-sanitaria integrata, quale strumento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità di intervento socio sanitario, tale da consentire di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multi-professionalità.

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Contesto interno

L'ASP Istituto Romano di San Michele è un ente pubblico non economico, sottoposto all'attività di vigilanza della Regione Lazio, senza finalità di lucro, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia giuridica, amministrativa, statutaria, regolamentare, patrimoniale, finanziaria, contabile, gestionale e tecnica.

L'ASP ha come finalità l'organizzazione ed erogazione di servizi di natura sociale, socio-assistenziale e socio-sanitaria, rivolti alla soddisfazione dei bisogni di benessere psico-fisico degli anziani e di soggetti con patologie assimilabili a quelle dell'età senile, nonché a persone adulte in stato di bisogno sociale e socio-sanitario e a favore di fasce di popolazione in condizioni di disagio socio-economico.

Più specificatamente i principali servizi erogati dall'ente, previsti dallo Statuto, sono quelli di:

- assistenza agli anziani ed ai soggetti con patologie assimilabili a quelle dell'età senile;
- assistenza alle persone adulte che versano in stato di bisogno sociale e socio-sanitario, incluse le persone con disabilità, per assicurare loro una migliore qualità della vita;
- servizi sociali e socio-sanitari, servizi assistenziali a favore di fasce di popolazione in condizione di disagio socio-economico.

La logica è quella di riuscire a offrire servizi di qualità, secondo criteri di equità sul territorio di Roma e della Regione Lazio, erogandoli nel rispetto e nella piena applicazione delle logiche di inclusione sociale, offrendo servizi di ricovero, di mantenimento e di assistenza, rispettando le condizioni di equilibrio economico nel breve, medio e lungo periodo.

L'Azienda eroga le attività e i servizi predetti in forma diretta a mezzo della propria struttura organizzativa e gli stessi si sostanziano nelle seguenti realtà già esistenti e/o in corso di realizzazione:

- **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).**

La struttura, accreditata con DCA n. U00083 del 26.02.20215 della Regione Lazio, può ospitare fino a 40 posti letto per un livello assistenziale di mantenimento basso (B). È prevalentemente incentrata su interventi di mobilitazione e di cura della persona accompagnati da leggeri interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio delle condizioni cliniche in relazione allo stato delle patologie di base e al livello prestazionale. Fornisce prestazioni nell'area della senescenza riferite a persone anziane con totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e psicogeriatriche stabilizzate, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione. Sono esclusi i pazienti con patologie psichiatriche.

Nel Piano e Programma delle attività 2025-2026-2027 approvato con Deliberazione del C.d.A. n. 28 del 27 dicembre 2024 si prevede il completamento della ristrutturazione dei locali da adibire a nuova RSA, per complessivi 60 posti letto così distribuiti:

- 18 posti residenza per livello assistenziale di mantenimento basso (B);
 - 32 posti residenza per livello assistenziale di mantenimento alto (A);
 - 10 posti residenza per livello assistenziale estensivo per Disturbi Cognitivi Comportamentali Gravi (DCCG).
- **Casa di Riposo.**

L'attuale struttura della Casa di Riposo, accreditata a tempo indeterminato dal Dipartimento Politiche Sociali di Roma Capitale con DD n. 2177 del 21.07.2020, è predisposta per accogliere fino a 80 ospiti alloggiati in stanze singole o doppie, tutte dotate di servizi privati. È una struttura socio-assistenziale residenziale che ha lo scopo di assistere persone anziane di età superiore ai 65 anni autosufficienti e parzialmente autosufficienti che non necessitano di assistenza sanitaria e infermieristica continua ma declinata con presenze programmate e di un'assistenza tutelare diurna e notturna. Nella struttura vengono fornite prestazioni di tipo alberghiero, nonché servizi specifici a carattere socioassistenziale, interventi culturali e ricreativi per promuovere la vita comunitaria e di relazione. Nel corso del 2025 è previsto lo spostamento della Casa di Riposo dalla palazzina Toti alla palazzina Giuliani, con rimodulazione dei posti letto per un totale pari a 40, al fine di consentire il completamento della ristrutturazione dei locali da adibire a nuova RSA nonché l'avvio di nuovi servizi di natura socio-sanitaria-assistenziale.

Gli obiettivi principali dell'ASP in linea con i principi fondamentali trovano continuità nelle due strutture di assistenza (Casa di Riposo ed RSA) e possono essere così riassunti:

- favorire il benessere psico-fisico, sviluppando le capacità funzionali residue dell'anziano, attraverso piani assistenziali individualizzati (P.A.I.) che permettono di elevare la qualità di vita dell'ospite;
- garantire personale socio-sanitario ed assistenziale altamente motivato e qualificato, con un livello di umanità indispensabile per offrire un servizio di alta qualità;
- presenza, all'interno della struttura, degli spazi funzionali e ricreativi idonei e necessari per rendere utile e piacevole il soggiorno degli ospiti.

OSPITI PRESENTI NELLE STRUTTURE

Casa di Riposo	48
R.S.A.	40
Totale	88

- ***Servizio di reintegrazione del paziente post-comatoso.***

Il Servizio persegue l'obiettivo della reintegrazione sociale della persona in riabilitazione da un periodo di coma prolungato che non necessita più di ricovero in strutture sanitarie, attraverso l'accoglienza sia di utenti in regime residenziale, con diritto di accesso anche alle attività laboratoriali (corsi di informatica, disegno e pittura, découpage, ortofrutticola, ecc.) erogate presso il servizio semiresidenziale, sia di utenti in regime semiresidenziale individuati tra coloro che, terminato il periodo di riabilitazione presso la struttura sanitaria di riferimento necessitano di completare il percorso di reinserimento sociale, scolastico o lavorativo. Il numero di utenti previsto è di 8 in regime residenziale, con diritto di accesso anche alle attività laboratoriali erogate presso il servizio semiresidenziale e di 12 utenti in regime semiresidenziale. In considerazione della stipula del relativo contratto con la Regione Lazio, l'ASP ha avviato le azioni necessarie e propedeutiche ad avviare il servizio nel 2025.

- ***Centro diurno per malati di Alzheimer e demenze correlate.***

Nel Centro si svolge una delle attività in precedenza gestite dall'ASP IRASP mediante apposita convenzione triennale con il Municipio II di Roma Capitale, unitamente ad apposita integrazione all'accordo che formalizza la collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università la Sapienza di Roma – Policlinico Umberto I e con l'U.O.C. di Geriatria dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita (ASL RM 1), mediante l'istituzione della Commissione Valutativa Integrata, modello "unico" e virtuoso di integrazione socio-sanitaria territoriale. Il servizio, autorizzato al funzionamento con D.D. n. CB1945/2018 del 19.07.2018, è stato accreditato al Registro Cittadino delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali per Anziani Accreditate con D.D. n. di repertorio QE/2632/2019 del 07.08.2019. Il Centro Diurno "Sant'Eufemia" offre un servizio socio-terapeutico riabilitativo di natura semi-residenziale, destinato a pazienti con diagnosi di malattia d'Alzheimer o demenze correlate e deterioramento cognitivo di intensità lieve e moderata, rivolgendosi anche al supporto delle loro famiglie. Il Centro diurno ospita fino ad un massimo di n. 25 utenti *pro die* che, in base ad apposito Piano di Intervento Individuale (PII), possono godere di una fruizione di tipo bisettimanale o trisettimanale, afferendo a due distinti moduli di frequenza, corrispondenti al differente livello di autosufficienza. Gli ospiti vengono presi in carico direttamente dal loro domicilio e accompagnati al Centro, dove, insieme agli operatori socio-sanitari (OSS) e all'educatore professionale, partecipano ad attività mirate al mantenimento delle capacità residue. Il servizio, esclusivamente diurno, accoglie in giornate alternate pazienti con livelli di gravità differenti: in alcuni giorni sono ospitati pazienti con Alzheimer in fase lieve, mentre in altri sono accolti pazienti con forme più avanzate della malattia. La presenza di OSS, infermieri e di un educatore professionale assicura lo svolgimento delle attività in sicurezza, seguendo programmi individualizzati pensati per rispondere alle specifiche esigenze di ogni ospite. Il servizio è stato rinnovato il 31 dicembre 2024 per sei mesi.

OSPITI PRESENTI NELLA STRUTTURA

Centro diurno Alzheimer	16
-------------------------	----

- ***Interventi in ambito di giustizia riparativa.***

L'ASP IRSM, con il suo storico impegno per il sociale, intende continuare a perseguire l'obiettivo di rispondere efficacemente alle sfide emergenti in ambito sociale e penale e, nel triennio 2025-2027, prevede il consolidamento di iniziative strategiche e innovative che mettono al centro la giustizia riparativa, l'assistenza alle vittime di reato e l'inclusione sociale dei detenuti, attività che in precedenza vedevano il coinvolgimento dell'ASP IRASP. Lo sviluppo di progetti sulla giustizia riparativa si inserisce nel contesto della crescente consapevolezza dell'importanza di offrire supporto alle vittime di reato e strumenti di reintegrazione per gli autori di reato, al fine di ridurre la marginalizzazione e favorire un ambiente sociale più inclusivo e sostenibile. I progetti in corso – “Centro Astrea”, “Giustizia in itinere”, “Sinergie di Rete per il sostegno generalista alle vittime di reato e la promozione di percorsi di giustizia riparativa nel territorio della Regione Lazio” e “Informazione e assistenza alle vittime: il diritto di comprendere e di essere compresi” - sono stati elaborati per operare sinergicamente, ciascuno con un focus specifico, ma con l'obiettivo comune di creare una rete coesa e capillare di servizi sul territorio. Nello specifico:

- “Centro Astrea” è dedicato all'assistenza per le vittime di reato e alla giustizia riparativa, offrendo supporto psicologico, legale e percorsi di mediazione penale. Mira a creare un modello operativo integrato per rafforzare il sistema di assistenza alle vittime e promuovere il paradigma della giustizia riparativa.

- “Giustizia in itinere” si propone di ampliare la copertura della giustizia riparativa nelle città della Regione Lazio attraverso sportelli itineranti, offrendo accoglienza, ascolto e orientamento a vittime e operatori locali. Prevede percorsi di formazione per gli operatori e iniziative di sensibilizzazione per promuovere la giustizia ripartiva e il sostegno alle vittime di reato, la semplificazione dell'accesso ai servizi attraverso una rete di sportelli itineranti nelle principali città del Lazio; questa rete lavora in collaborazione con Enti del Terzo Settore, accuratamente selezionati per la loro esperienza e competenza specifica in ambito di assistenza alle vittime e mediazione.

- “Sinergie di Rete per il sostegno generalista alle vittime di reato e la promozione di percorsi di giustizia riparativa nel territorio della Regione Lazio” si propone di ampliare l'offerta di assistenza erogata dagli sportelli itineranti attivati nel corso della prima annualità del progetto “Giustizia in itinere” mediante l'attivazione di una help line operativa h24 con segreteria telefonica e la creazione di una applicazione web per la consultazione delle informazioni e l'orientamento alla rete dei servizi localmente attivi, unitamente alla consulenza online di tipo multiprofessionale, previa formazione degli operatori. Si prevede la realizzazione di percorsi di formazione per il personale penitenziario aventi ad oggetto la giustizia riparativa, l'avvio di programmi di mediazione penale ed altre prassi riparative nel contesto intramurario degli istituti penitenziari, l'elaborazione di un modello di intervento regionale per l'assistenza generalista alle vittime di reato, la mediazione penale e la giustizia riparativa.

- “Informazione e assistenza alle vittime: il diritto di comprendere e di essere compresi” si propone il potenziamento dei percorsi progettuali anzidetti già finanziati negli anni 2021-2022 e la creazione di uno o più sportelli informativi in favore delle vittime di qualsiasi tipologia di reato.

Attraverso una gestione centralizzata, una formazione mirata e l'implementazione di protocolli operativi innovativi, l'ASP mira a costruire un sistema di interventi che sappia rispondere in maniera efficace e integrata ai bisogni della comunità. Tale approccio permetterà di valorizzare le competenze e le risorse locali, garantendo una risposta tempestiva e adeguata alle necessità emergenti e un progressivo arricchimento dell'intervento territoriale, in linea con le direttive regionali e le migliori pratiche europee.

Contesto esterno

La sede dell'ASP Istituto Romano di San Michele insiste all'interno del Municipio VIII di Roma, con il quale ha rapporti di coordinamento, interscambio di informazioni e collaborazione.

Il Municipio VIII ha un'estensione territoriale pari a 47,15 kmq, e una popolazione di 130.784 persone, al pari di grandi capoluoghi di provincia in Italia.

Il territorio parte dalle Mura Aureliane fino a ben oltre il Grande Raccordo Anulare, confinando con il Comune di Ciampino e con i Municipi I, VII, IX e XI. Si caratterizza per essere il municipio dei parchi: in particolare, più dell'80% del Parco archeologico e naturalistico dell'Appia Antica ricade nei confini municipali.

Dall'esame della carta della qualità dei servizi del Municipio VIII (aggiornamento 05.09.2024), tra i servizi elencati troviamo il PUA – Punto Unico di Accesso. Esso rappresenta la porta di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari del Municipio e del Distretto e svolge le seguenti funzioni:

1. accoglie i cittadini e ascolta le loro problematiche;
2. fornisce informazioni e orienta i cittadini verso il sistema dei servizi, sia quelli erogati dal Municipio che quelli erogati dal distretto ASL di riferimento nonché dalle altre organizzazioni pubbliche o private presenti sul territorio;
3. effettua una prima lettura del bisogno rappresentato dal cittadino che accede al servizio attraverso l'attività professionale dell'assistente sociale;
4. fornisce la modulistica per l'accesso ad alcune tipologie di servizio.

Tutti gli interventi sono attivati dal Servizio Sociale previo colloquio con un assistente sociale e stesura di un progetto individuale. La realizzazione degli interventi è comunque dipendente e subordinata alle risorse economiche disponibili. I tempi di erogazione dei singoli interventi dipenderanno, quindi, dall'effettiva disponibilità di risorse economiche al momento della stesura del progetto.

Di seguito sono riportati, invece, i principali servizi e interventi che il Municipio pone in essere in favore degli anziani:

1) *Assistenza Domiciliare* → il servizio è rivolto agli anziani, parzialmente autosufficienti e/o non autosufficienti, soli o inseriti nel proprio nucleo familiare, che si trovano in condizione di temporanea o permanente limitazione della propria autonomia e che necessitano di un sostegno, finalizzato al mantenimento dell'anziano presso il proprio ambiente di vita. Il servizio serve per rispondere ai bisogni di cura, igiene personale, gestione delle incombenze quotidiane e

socializzazione. Viene erogato dal Municipio, sulla base della valutazione del bisogno socio-assistenziale della persona e prevede l'elaborazione di un Piano d'Intervento Individuale volto allo sviluppo e al mantenimento dell'autosufficienza, dell'autonomia e dell'integrazione sociale. Il Piano d'Intervento Individuale può prevedere pacchetti di servizi costituiti da diverse tipologie di interventi:

- individuali
- di gruppo
- famiglia
- flessibili
- di assistenza indiretta
- di assistenza mista.

Le attività che possono essere svolte nell'ambito dei piani di intervento individuali sono tese a:

- aiuto e sostegno alla cura della persona in ambito domiciliare e non;
- accompagnamento e sostegno nello svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- promozione e sostegno alla partecipazione ad attività culturali, formative, sportive e ricreative;
- sviluppo e sostegno dell'autonomia personale e sociale.

Gli interventi di tipo diretto vengono erogati dal Municipio attraverso la collaborazione di Enti accreditati. La modalità di intervento in forma indiretta si concretizza in un sostegno economico erogato al cittadino e finalizzato unicamente alla copertura totale o parziale dei costi sostenuti per l'assunzione di un assistente personale. I destinatari sono donne a partire da 60 anni e uomini da 65 anni residenti nel Municipio. L'intervento di assistenza in forma indiretta è rivolto ad anziani, con invalidità certificata al 100% o riconosciuti disabili ai sensi dell'art. 3 co. 3 della L. 104/92.

2) Case di Riposo → il servizio consiste nella compartecipazione alla spesa per quota parte della retta della casa di riposo o della comunità alloggio, sul territorio nazionale, a seguito di valutazione del Servizio Sociale. Il reddito dell'anziano non deve essere superiore ad € 11.362,00 comprensivo di tutte le entrate economiche, escluse pensioni di guerra, invalidità civile e tredicesima mensilità. L'utente corrisponderà una quota pari al 60% del suo reddito, il municipio corrisponderà una quota pari al 40% e comunque per un massimo di € 25,00 giornalieri. I destinatari sono donne a partire da 60 anni e uomini da 65 anni autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

3) Centri Sociali Anziani → i Centri Anziani sono strutture a carattere territoriale che accolgono i cittadini anziani per attività di tipo sociale, culturale e ricreativo. Destinatari del servizio sono i residenti nel Municipio che abbiano compiuto i 55 anni di età e le persone con invalidità superiore al 60% che abbiano compiuto i 40 anni di età. Per favorire la massima socializzazione è consentita l'iscrizione del coniuge o del convivente, non anziano o portatore di handicap, di un iscritto.

4) Interventi a favore delle persone affette da Alzheimer e demenze assimilate → Centro Diurno Alzheimer è un centro semiresidenziale integrato tra ASL e Municipio, volto a garantire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto sociale. Alla domanda segue la valutazione del

bisogno da parte del servizio, entro 60 giorni lavorativi, e l'inserimento della persona in struttura avviene in base alla disponibilità di posti presso il centro e di risorse finanziarie. Destinatari del servizio sono oggetti affetti dal morbo di Alzheimer o da altri tipi di demenza, residenti nel Municipio VIII e IX.

5) Dimissioni protette → il servizio è rivolto a persone adulte ed anziani residenti nel Municipio in fase di dimissione da Istituti di ricovero, affette da patologie temporaneamente disabilitanti, in condizioni di disagio sociale e che presentano una carenza nella rete di supporto. Fornisce a domicilio assistenza di tipo integrato con prestazioni sia sociali sia sanitarie, per un massimo di 60 giorni. Destinatari del servizio pazienti in dimissione dalle strutture ospedaliere che necessitano di un sostegno a domicilio.

6) Residenze Sanitarie Assistite (RSA) → il servizio consiste nella compartecipazione alla spesa relativa alla sola quota alberghiera sostenuta dai cittadini ricoverati presso le R.S.A., strutture che forniscono assistenza sanitaria 24 ore su 24, attraverso il pagamento effettuato direttamente alla struttura della quota calcolata. L'autorizzazione al ricovero in R.S.A. va chiesta presso il CAD (Centro Assistenza Domiciliare) della ASL territorialmente competente. La richiesta di compartecipazione alla spesa per la retta deve essere presentata presso il servizio sociale Amministrativo. Destinatari del servizio sono i residenti non autosufficienti con reddito ISEE fino a € 13.000,00, calcolato applicando la normativa specifica di riferimento.

7) Sostegno economico → per il superamento dell'emergenza abitativa. È un intervento di tipo economico transitorio (durata massima quattro anni) utile al superamento dell'emergenza abitativa. A seguito di una prima analisi della domanda e una prima valutazione dei requisiti, presso il P.U.A., si fissa un appuntamento con l'Assistente Sociale che provvederà a definire con il cittadino il progetto di intervento e a compilare la domanda. Destinatari del servizio sono i nuclei familiari o persone singole che versano in gravi e accertate condizioni socio-economiche a causa di eventi di forte disagio (sfratti, sgomberi disposti dalla Forza Pubblica, eventi catastrofici e calamitosi, certificazione della Asl di ambiente malsano o inagibile), che risiedono stabilmente nel territorio del Municipio, cittadini italiani o stranieri in regola con i documenti prescritti dalla normativa vigente.

8) Rilascio tessere COTRAL a tariffa ridotta → è un servizio diretto al rilascio di un abbonamento a tariffa ridotta per la circolazione sulle linee COTRAL. Destinatari del servizio: - utenti privi di vista con cecità assoluta o con residuo visivo non superiore ad 1/10; - sordomuti; - utenti mutilati, invalidi di guerra o per servizio; - inabili, invalidi civili e del lavoro (inabilità o invalidità superiore al 50%); - ultrasessantacinquenni invalidi ai sensi del D. Lgs. n. 509 del 23/11/88; - pensionati con trattamento economico non superiore al minimo INPS; - disoccupati, lavoratori in cassa integrazione, lavoratori in mobilità.

9) Inserimento mense e dormitori → è un servizio diretto al rilascio di una autorizzazione alla consumazione del pasto (pranzo/cena), e/o al pernottamento presso le mense sociali e/o i centri di accoglienza convenzionati con Roma Capitale. Destinatari del servizio sono i cittadini senza fissa dimora e/o persone svantaggiate con rilevanti problemi di emarginazione sociale e relazionale.

Il Municipio attua anche degli interventi a favore:

A. dell'età evolutiva

- affidamento familiare
- adozioni

B. delle persone disabili

- assistenza domiciliare
- contrassegno invalidi
- posto auto personalizzato
- compartecipazione alla spesa per attività riabilitative
- sostegno economico
- rilascio Tessere COTRAL a tariffa ridotta

C. di nuclei familiari e adulti

- sostegno economico
- rilascio Tessere Cotral a tariffa ridotta
- inserimento mense e dormitori.

La ASL di competenza, anche per il Municipio VIII, è la ASL RM2 istituita con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 606/2015. Dall'Atto Aziendale della predetta ASL, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1197 del 28.07.2022, emerge che l'Azienda di articola in sei distretti sanitari territoriali e due Presidi Ospedalieri (Sandro Pertini e Sant'Eugenio/CTO Andrea Alesini). Dei circa 1.300.000 residenti il 56% è di genere maschile e il 44% di genere femminile; la struttura demografica rispecchia quella di una popolazione "invecchiata", caratterizzata da un tasso di mortalità più alto di quello di natalità e da una elevata proporzione di anziani rispetto ai giovani. Questo fenomeno è particolarmente evidente nei Distretti IV, V, VII e VIII, nei quali, la popolazione anziana (65+) rappresenta una quota importante della popolazione e l'indice di vecchiaia è superiore alla media aziendale e comunale. Il trend della mortalità dei residenti nella Asl Roma2 nell'ultimo decennio mostra un andamento decrescente, con un tasso standardizzato pari a 893,5 per 100.000 nel 2017, in linea con la media regionale; il dato per Distretto di residenza evidenzia inoltre una mortalità significativamente inferiore a quella regionale per i Distretti VII, VIII e IX. Le malattie cardiovascolari, sebbene in misura inferiore rispetto alla media regionale, rappresentano la causa di morte più frequente nelle donne e la seconda negli uomini dopo i tumori maligni; per questi ultimi si registra un eccesso del 3% rispetto all'atteso regionale. Altre cause di morte con occorrenza significativamente inferiore alla media regionale sono: l'ictus in entrambi i generi e le malattie dell'apparato respiratorio negli uomini. Si registrano invece cause più frequenti rispetto all'atteso regionale per: tumore del polmone in entrambi i generi; malattie delle ghiandole endocrine, diabete, infarto e insufficienza renale cronica per gli uomini; BPCO e traumatismi nelle donne. Secondo un lavoro di Osserva Salute circa il 38% dei residenti nel Lazio soffre di almeno una patologia cronica, poco meno del dato nazionale (40%) e con prevalenze crescenti all'aumentare dell'età: una persona su 5 soffre di almeno due patologie croniche; la patologia più frequente è l'ipertensione, seguita da diabete, bronchite cronica e malattie del cuore.

L'IRSM ha rapporti anche con altre istituzioni, di seguito elencate, finalizzati al perseguimento dei rispettivi compiti istituzionali e improntato alla massima trasparenza, collaborazione ed interscambio di informazioni:

- la *Regione Lazio* che in base all'art. 5 della LR n. 2/2019, per il tramite delle proprie strutture, esercita i compiti di vigilanza sugli organi e di ispezione e controllo sugli atti delle ASP, le quali rientrano tra gli enti sottoposti al bilancio consolidato regionale e sulle quali la Regione ha potere di nomina dei vertici di indirizzo;
- il *Comune di Roma* è il detentore del Registro Cittadino delle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate per persone anziane in virtù del quale espleta il controllo sui requisiti necessari che devono essere posseduti dalle Case di Riposo ai fini dell'accreditamento. Inoltre il Comune, per tramite dei Municipi, provvede alla determinazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente dei servizi socio-assistenziali a regime residenziale e semiresidenziale e di quella corrispondente a carico di Roma Capitale. Inoltre, rilascia l'attestazione relativa alle suddette quote all'utente e alla struttura interessata;
- gli *Enti del Terzo Settore*, in particolare di promozione sociale e volontariato, che rappresentano una risorsa utile e costruttiva per il miglioramento del servizio e/o della qualità dello stesso. Per rendere più trasparenti e costruttivi i rapporti di collaborazione con i predetti, l'Azienda si riserva di assumere con gli stessi appositi protocolli d'intesa per stabilire le modalità della loro collaborazione alle attività aziendali;
- le *Università* con le quali l'Azienda collabora per specifiche linee di intervento, quali, ad esempio, concordare e definire la presenza universitaria (es. specializzandi) nella struttura compatibile con le esigenze assistenziali, didattiche, scientifiche ed economiche delle parti.

Nel promuovere le relazioni istituzionali esterno l'ASP si avvale anche di speciali organismi previsti dalla normativa, come:

- il *Comitato Unico di garanzia (CUG)* per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è stato istituito con Determina Direttoriale n. 32 del 17/01/2023. Ha funzioni propositive, consultive e di verifica su tematiche di conciliazione vita-lavoro, benessere organizzativo/lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro, interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra donne e uomini e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell'ambito delle materia di propria competenza progetti per servizi alla famiglia e alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura di genere e contro le discriminazioni. Attraverso l'introduzione di tale organismo si è fornito riscontro all'esigenza di una migliore attuazione degli interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni

o violenze sessuali, morali o psicologiche – mobbing. Si rinvia all'allegato piano delle azioni positive per il triennio 2025 – 2027 protocollo n. 455/2025 (All. 1).

2.1 Valore Pubblico

Il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle performances dell'Ente, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

La fase di programmazione di ciascuna amministrazione, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017, "serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi".

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

- equo, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro.

Gli obiettivi di "valore pubblico" vanno ricercati, in accordo con la logica di costruzione del PIAO, attraverso una visione strategica che detti le linee di una ponderata pianificazione delle risorse umane economiche e strumentali, un efficiente e coerente sistema di misurazione e valutazione della "performance dell'amministrazione" e un sistema di prevenzione e della corruzione e tutela della trasparenza che in stretto collegamento rappresenti il garante della legalità e accessibilità alle informazioni. In questo contesto di programmazione integrata, l'ASP IRSM svolge la funzione pubblica di offerta di servizi socio assistenziali a una platea di destinatari dei servizi offerti (anziani autosufficienti, parzialmente non autosufficienti, disabili, pazienti Alzheimer, pazienti post-comatosi, ecc).

Il Valore Pubblico creato dall'ASP IRSM è volto a definire un sistema organizzativo integrato per assicurare la presa in carico globale dell'utente, secondo un approccio multidisciplinare.

Alla pianificazione strategica segue un'attenta programmazione per obiettivi operativi specifici e di obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna e interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Per sostenere e tutelare gli obiettivi di Valore pubblico, l'ASP IRSM programma anche misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza, di miglioramento della salute organizzativa (adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate) e della salute professionale (reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate).

In tal senso, nelle varie sezioni del P.I.A.O. trovano spazio le linee strategiche e le azioni perseguite dall'ASP IRSM con rilevante l'impatto sull'ambiente interno e sul contesto esterno.

Tra queste si inseriscono:

- lo sviluppo della "digitalizzazione" che avrà un impatto immediato sulla vita professionale degli operatori e delle persone assistite, grazie al miglioramento dei processi di accessibilità sia fisica che digitale ai servizi aziendali, delle procedure di semplificazione e reingegnerizzazione dei vari processi organizzativi e assistenziali, con maggiore soddisfazione del cittadino.

La trasformazione digitale dell'ASP IRSM si basa sull'innovazione dei suoi processi, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi, con l'obiettivo di stimolare la diffusione di modelli organizzativi di open innovation.

La concreta attuazione del processo di trasformazione digitale richiede la disponibilità di risorse professionali e strumentali, disponibili in parte all'interno dell'amministrazione e in parte e all'esterno. Ne consegue che grande attenzione va prestata affinché l'acquisizione di risorse dal mercato (procurement) sia realizzata con efficacia ed efficienza.

La stessa riforma nazionale del procurement pubblico introdotta dal Codice dei Contratti pubblici (Decreto lgs. N. 36 del 31 marzo 2023) soprattutto con riferimento alla Parte II, «Della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti», introduce un profondo percorso di trasformazione digitale degli acquisti della Pubblica Amministrazione volto alla semplificazione, velocizzazione delle procedure e maggiore trasparenza. Tra i fattori abilitanti dei processi di trasformazione digitale un ruolo imprescindibile è esercitato dalle competenze digitali, ovvero il complesso di conoscenze, attitudini e abilità funzionali a orientarsi, interagire e operare nell'ambiente digitale, sia per la vita che per il lavoro. Il tema delle competenze digitali acquista un particolare rilievo nel contesto della vita pubblica, che vede confrontarsi gli utenti di servizi pubblici digitali e la Pubblica Amministrazione, erogatrice dei medesimi servizi. L'ASP IRSM, in particolare, necessita di competenze digitali per i propri dipendenti (a tutti i livelli, dirigenziali e non dirigenziali), e di competenze digitali specifiche del settore professionale e di intervento (come, ad esempio, nella Sanità), ma soprattutto esprime un fabbisogno crescente di competenze ICT specialistiche.

Si procederà con la digitalizzazione dei processi gestionali del personale per ottimizzare l'utilizzo delle risorse nell'ambito delle procedure concorsuali con l'attivazione di una

propria piattaforma nonché al miglioramento delle funzionalità e fruibilità della cartella clinica informatizzata.

Entro l'anno 2025 sarà possibile scaricare e presentare la domanda di ammissione alla Casa di Riposo, entrando nell'apposita sezione del sito web istituzionale (<https://www.irsm.it/casa-di-riposo/>) e procedere alla compilazione cartacea del file .pdf una volta stampato, oppure procedere in maniera interamente digitale, compilando l'apposito form elettronico disponibile nella suddetta sezione.

Sempre nel 2025 verrà perfezionata, nella pagina principale del sito istituzionale (www.irsm.it), la funzione che permetterà di interagire con il personale preposto, attraverso il form "CONTATTI".

- gli interventi di progettazione funzionali all'efficientamento energetico: nell'ambito dell'intervento di recupero delle facciate della palazzina Toti, sita nel Comprensorio istituzionale di p.le A. Tosti 4 e sede di casa di riposo ed RSA, sono previsti interventi di:
 - sostituzione di tutti gli infissi esistenti (in alluminio e in ferro) con nuovi infissi in ferro adeguati al contesto e rispondenti alle normative di risparmio energetico, nonché alle prescrizioni della Soprintendenza
 - rifacimento degli impianti di riscaldamento invernale e raffrescamento estivo, compresa l'installazione di impianto fotovoltaico, con pannelli fotovoltaici posati sui pavimenti dei lastrici solari in copertura.

È in corso l'espletamento della procedura di affidamento dei lavori a cura della stazione appaltante qualificata. L'inizio dei lavori è previsto entro giugno 2025.

Si rinvia per la relativa programmazione di dettaglio all'allegato "Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione Edizione 2024-2026 (aggiornato con prot. n. 692/2025 - All. 2) - Istituto Romano San Michele (RM)" e al successivo paragrafo sulla Formazione del personale.

La promozione del benessere organizzativo costituisce un asset importante per lo sviluppo di valore pubblico nel contesto della propria organizzazione.

Il fattore umano acquista, infatti, un'importanza fondamentale quale leva cruciale per il successo dell'organizzazione e il buon funzionamento dei suoi elementi strutturali, sia in base ad una prospettiva sociale, sia individuale. La capacità di perseguire il miglioramento del benessere organizzativo nelle sue molteplici componenti e sfaccettature, rappresenta un aspetto determinante per lo sviluppo e l'efficacia organizzativa, che influenza positivamente la capacità dell'organizzazione stessa di adattarsi ai mutamenti del contesto di riferimento.

Al fine di raggiungere un adeguato livello di benessere organizzativo, l'ASP IRSM ha pianificato politiche ed interventi volte a:

- favorire il confronto e la condivisione delle conoscenze, realizzando all'interno dell'Azienda la più ampia informazione ai diversi livelli organizzativi, sulle scelte programmatiche, sugli indirizzi, sugli atti normativi e organizzativi, sui processi di

sperimentazione e innovazione, in modo da promuovere e supportare lo sviluppo del sistema aziendale;

- promuovere l'apporto alle scelte aziendali e la responsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti e degli operatori a tutti i livelli, in relazione ai rispettivi compiti e ruoli;
- creare un clima di collaborazione e condizioni di contesto favorevoli per facilitare la progettazione, l'attuazione e il sostegno degli interventi di cambiamento e miglioramento.

Costituiscono aspetti particolari dei rapporti interni le azioni volte a realizzare all'interno dell'Azienda le pari opportunità per tutti i lavoratori nonché quelle dirette a contrastare le situazioni di mobbing e discriminazione. L'Azienda attribuisce, altresì, particolare rilievo al sistema delle relazioni sindacali per uno sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane. Adotta, pertanto, politiche e "stili" relazionali improntati alla lealtà, alla chiarezza e trasparenza delle scelte e dei propri comportamenti, nonché al costante coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, nel rispetto della normativa prevista nei vigenti contratti di lavoro e delle funzioni e responsabilità proprie dei sindacati.

2.2 Performance

Rapporti esterni

L'ASP IRSM si pone come un soggetto attivo delle politiche socio-sanitarie, della pianificazione locale e del rapporto con le istituzioni, con le categorie professionali, nonché con i cittadini e le loro associazioni, sulla base degli indirizzi strategici e all'interno dei vincoli economici di bilancio.

L'ASP IRSM assume come metodo privilegiato, ai fini del perseguimento della propria missione e della programmazione aziendale, quello della consultazione e della partecipazione di tutti i soggetti aventi titolo o impegnati nella tutela dei diritti dell'utenza.

Il rapporto con le istituzioni, così come dettagliato nel paragrafo relativo al contesto esterno, finalizzato al perseguimento dei rispettivi compiti istituzionali, è improntato alla massima trasparenza, collaborazione ed interscambio di informazioni.

Impianto organizzativo

La struttura organizzativa aziendale rappresentata nella tabella inserita e specificatamente declinata nella sezione 3: Organizzazione del capitale umano.

Criticità ed opportunità

L'attuazione dell'atto aziendale, l'applicazione dei regolamenti aziendali, la definizione di modelli gestionali ed organizzativi rappresentano una necessità ma, al contempo, un'opportunità di crescita e di sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale.

L'attuazione del nuovo atto aziendale di micro-organizzazione, in fase di adeguamento alla nuova macrostruttura approvata nell'ambito del Piano delle attività 2025/2027, superate le inevitabili

criticità che ogni cambiamento inevitabilmente può ingenerare nel personale coinvolto, si rivelerà una opportunità per sviluppare un governo delle risorse umane che favorisce ancor di più la valorizzazione delle singole professionalità, prevedendo anche l'implementazione del nuovo sistema degli incarichi.

Programmazione Strategica

Il ciclo di programmazione aziendale, di seguito rappresentato, si compone delle seguenti fasi:

- programmazione strategica (livello strategico)
- programmazione operativa (livello operativo)
- monitoraggio degli obiettivi (sistema di controllo)
- valutazione degli obiettivi

La programmazione strategica è la funzione con la quale la Direzione nel rispetto degli indirizzi desumibili dal Piano delle attività, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione operativa e di monitoraggio degli obiettivi è il meccanismo attraverso il quale l'ASP IRSM, basandosi su un sistema di reporting, procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico e periodico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento, con l'attivazione di eventuali interventi correttivi.

La fase della valutazione consente di verificare l'attività svolta e i relativi risultati conseguiti, tenendo conto degli elementi del contesto, interno ed esterno, che hanno contribuito alla completa, parziale o mancata realizzazione degli obiettivi, consentendo da ultimo la valutazione della performance dell'ASP nel suo complesso, delle sue articolazioni organizzative oltre che del personale, nel rispetto dei vigenti CC.NN.LL., della normativa e dei Regolamenti di riferimento.

Misurazione e Valutazione della Performance

Il vigente Regolamento sulla misurazione e valutazione della performance annuale del personale dirigente e dei comparti dell'ASP è stato predisposto con l'obiettivo di semplificare e razionalizzare alcune fasi procedurali, sottoposto all'Organismo Indipendente di Valutazione ed alle organizzazioni sindacali ed adottato con deliberazione n. 67 dell'11/10/2021.

La performance è il concetto centrale introdotto dal D.Lgs 150/2009, modificato con il D.Lgs 74/2017, che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che il soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Ogni amministrazione pubblica è tenuta annualmente a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti.

La valutazione della performance è assicurata dall'organismo monocratico indipendente di valutazione (OIV) di cui agli artt. 14 e 14 bis del D. Lgs. n. 150 del 2009 e dall'art. 14 ter della L.R. n. 19/2003 s.i.m.

La nomina è avvenuta con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 1/3/2023, con decorrenza dal 01.03.2023 al 28.02.2026.

L'ASP misura e valuta la performance con riferimento:

- 1) all'Azienda nel suo complesso (performance di ente)
- 2) alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola (performance di settore o area)
- 3) ai singoli dipendenti (performance individuale)

La performance organizzativa esprime il risultato raggiunto dall'Azienda, nel suo complesso e nelle sue strutture organizzative, nel perseguimento dei propri obiettivi istituzionali, strategici ed operativi. La performance istituzionale afferisce alla realizzazione degli obiettivi complessivi dell'ASP nel quadro della sua mission e degli ambiti istituzionali di intervento. La performance di struttura (performance di settore o area) corrisponde al contributo che ciascuna unità organizzativa fornisce per il raggiungimento degli obiettivi complessivi dell'amministrazione.

La performance individuale, invece, concerne il contributo dei singoli alle diverse unità organizzative e (più generalmente) all'azienda complessivamente considerata.

La Performance organizzativa ed individuale è da considerarsi strettamente collegata e integrata in tutto il ciclo di gestione della performance, pertanto qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

È, altresì, evidente che performance organizzativa e performance individuale sono strettamente correlate in tutte le fasi del ciclo: solo l'azione programmata e coordinata degli individui consente infatti il raggiungimento di risultati organizzativi.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance costituisce uno strumento fondamentale attraverso cui la "trasparenza" si concretizza.

La trasparenza della performance aziendale si attua attraverso due momenti:

- attraverso la definizione delle modalità di svolgimento del ciclo della performance, dichiarato nel "Il sistema di misurazione e valutazione della performance";
- attraverso la presentazione del "Piano della performance" e la rendicontazione dei risultati dell'ASP contenuta nella "Relazione sulla performance".

Il Sistema, il Piano e la Relazione sono pubblicati sul sito aziendale.

Il Piano della Performance, è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle Aree/Servizi ed uffici aziendali interessati. Il Piano è l'elemento cardine del processo di programmazione e pianificazione, prodotto finale dei processi decisionali e strategici definiti dal Consiglio di Amministrazione dell'ASP, in coerenza con le politiche regionali e punto di partenza e di riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

La Relazione sulla performance è, invece il documento che evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse utilizzate.

L'attuazione della disciplina della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale, sia per la sua realizzazione che per i controlli.

Pianificazione obiettivi 2025

Gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire nell'anno 2025 al fine di soddisfare i bisogni rilevati nell'ambito del processo indicato nella sezione misurazione e valutazione della performance sono allegati al presente PIAO (All. n. 3 dalla lett. "A" alla "H").

Linee di intervento

La programmazione assume un ruolo fondamentale per la realizzazione degli obiettivi strategici ed operativi dell'Ente. Il processo di programmazione, che si svolge nel rispetto delle compatibilità economico-finanziarie e tenendo conto della possibile evoluzione della gestione dell'ente, richiede il coinvolgimento dei portatori di interesse nelle forme e secondo le modalità definite da ogni ente, si conclude con la formalizzazione delle decisioni politiche e gestionali che danno contenuto a programmi e piani futuri riferibili alle missioni dell'ente; Le strategie di Valore Pubblico dell'ASP IRSM per l'anno 2025, con proiezione al 2026-2027, in coerenza con i documenti di programmazione delle attività ed economico-finanziaria sono volte alla realizzazione delle seguenti azioni di miglioramento:

1. Pari opportunità ed equilibrio di genere

L'Azienda, attraverso il Piano delle Azioni Positive, che recepisce l'art. 21 del Decreto Legislativo n. 198/2006 (Codice per le pari opportunità) e la successiva Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità nonché la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 04 marzo 2011 "Linee Guida sulle modalità di funzionamento del CUG", intende estendere l'ambito delle finalità e degli interventi contenuti nel documento presentato dal CUG di cui all'All. 1 alla promozione del benessere organizzativo di tutti coloro che operano al proprio interno. A seguito del monitoraggio effettuato dal C.U.G. delle azioni

positive previste dal PIAO 2024-2026, in continuità con lo stesso e anche in considerazione della recente fusione con l'ex ASP IRASP, avvenuta con DGR n. 863 del 31 ottobre 2024, per il triennio 2025-2027 ha proposto l'aggiornamento e la rimodulazione delle azioni come segue:

1. Descrizione Intervento: **FORMAZIONE**

Obiettivo: programmare attività formative che possano consentire a tutti i dipendenti, nell'arco del triennio, di sviluppare una crescita professionale e/o di carriera, che si potrà concretizzare, mediante l'utilizzo del "credito formativo", nell'ambito di progressioni orizzontali e, ove possibile, verticali.

2. Descrizione intervento: **ORARI DI LAVORO**

Obiettivo: anche se è previsto l'orario di flessibilità di 30 minuti (in entrata e in uscita), per tutto il personale non turnista, si deve perseguire la possibilità di conciliazione tra responsabilità familiari e professionali, mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro. Al contempo, è opportuno promuovere pari opportunità fra uomini e donne in condizioni di svantaggio al fine di trovare una soluzione che permetta di poter meglio conciliare la vita professionale con la vita familiare, anche per problematiche non solo legate alla genitorialità.

3. Descrizione intervento: **SVILUPPO CARRIERA E PROFESSIONALITA'**

Obiettivo: fornire opportunità di carriera e di sviluppo della professionalità sia al personale maschile che femminile, compatibilmente con le disposizioni normative in tema di progressioni di carriera, incentivi e progressioni economiche.

4. Descrizione Intervento: **BENESSERE ORGANIZZATIVO**

Obiettivo 1: individuazione di spazi adeguati all'interno della sede istituzionale dedicati alle esigenze dei dipendenti.

Obiettivo 2: aggiornare la relazione sui rischi da stress lavoro-correlato.

5. Descrizione Intervento: **INFORMAZIONE**

Obiettivo: promozione e diffusione delle tematiche riguardanti le pari opportunità.

2. Misure di impatto su benessere e valorizzazione risorse umane

Formazione

Per concretizzare le strategie messe in campo dall'Azienda prevede particolarmente percorsi formativi per l'acquisizione delle principali competenze funzionali all'attuazione del Piano delle Attività 2025-2027 e, più in generale, per sostenere i processi di cambiamento nella prospettiva del miglioramento dei servizi all'utenza: dalla transizione amministrativa e digitale, all'utilizzo delle banche dati in un'ottica di interoperabilità per la semplificazione.

Ciò consentirà di implementare il modello di competenze aziendali già avviato nell'ASP con la valorizzazione delle risorse umane, benessere organizzativo e parimenti di fornire strumenti atti a gestire efficacemente il processo di transizione digitale che l'azienda intende attuare.

Contrattazione Decentrata Sanità

Nel 2025 si procederà alla definizione della piattaforma decentrata per il personale del comparto sanità alla luce del CCnl siglato nel 2022, e in tale ambito saranno ridefiniti: il sistema d'incarichi: le tipologie di incarichi, la graduazione, i criteri di conferimento, le progressioni economiche.

3. Digitalizzazione

L'innovazione digitale gioca ormai un ruolo strategico nei processi di cambiamento. Come si evince dall'All. n. 2 il livello di diffusione delle tecnologie digitali offre margini di miglioramento per un adeguamento alle linee programmatiche regionali e nazionali.

Particolarmente il processo di digitalizzazione sarà orientato a:

- informatizzazione dei processi gestionali del personale per ottimizzare l'utilizzo delle risorse nell'ambito delle procedure concorsuali con l'attivazione di una propria piattaforma;
- miglioramento delle funzionalità e fruibilità della cartella clinica.

4. Rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali.

Con il piano come di seguito articolato, l'ASP IRSM si propone di consolidare e ampliare la propria missione, promuovendo l'integrazione dei servizi a beneficio del territorio.

1) La nuova programmazione prevede il completamento della ristrutturazione dei locali da adibire a nuova RSA, che verrà realizzata al 1° e 2° piano della palazzina Toti, per complessivi 60 posti letto così distribuiti:

- 18 posti residenza per livello assistenziale di Mantenimento Basso;
- 32 posti residenza per livello assistenziale di Mantenimento Alto;
- 10 posti residenza per livello assistenziale estensivo per Disturbi Cognitivi Comportamentali Gravi (DCCG).

2) Nel corso del 2025 è previsto lo spostamento della Casa di Riposo dalla palazzina Toti alla palazzina Giuliani, con rimodulazione dei posti letto a 40, al fine di consentire il completamento della ristrutturazione dei locali da adibire a nuova RSA nonché l'avvio di nuovi servizi di natura socio-sanitaria-assistenziale presso il terzo piano della palazzina Toti.

3) Il Servizio di reintegrazione del paziente post-comatoso persegue l'obiettivo generale della reintegrazione sociale della persona in riabilitazione da un periodo di coma prolungato attraverso l'accoglienza sia di utenti in regime residenziale, con diritto di accesso anche alle attività laboratoriali erogate presso il servizio semiresidenziale, sia di utenti in regime semiresidenziale individuati tra coloro che, terminato il periodo di riabilitazione presso la struttura sanitaria di riferimento, necessitano di completare il percorso di reinserimento sociale, scolastico o lavorativo.

Nelle more del perfezionamento dell'iter finalizzato alla stipula del contratto di servizio con la Regione, l'ASP proseguirà nelle azioni propedeutiche e necessarie per avviare il servizio nel 2025.

4) Il Centro diurno per malati di Alzheimer e demenze correlate è una delle attività in precedenza gestite dall'ASP IRASP mediante apposita convenzione triennale con il Municipio II di Roma Capitale, unitamente ad apposita integrazione all'accordo che formalizza la collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università la Sapienza di Roma - Policlinico Umberto I e con l'U.O.C. di Geriatria dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita (ASL RM 1), mediante l'istituzione della Commissione Valutativa Integrata, modello "unico" e virtuoso di integrazione socio-sanitaria territoriale.

Il Centro Diurno “Sant’Eufemia” offre un servizio di assistenza diurna alle persone affette da Alzheimer, rivolgendosi anche al supporto delle loro famiglie. Gli ospiti vengono presi in carico direttamente dal proprio domicilio e accompagnati al Centro, dove, insieme agli operatori socio-sanitari (OSS) e all’educatore professionale, partecipano ad attività mirate al mantenimento delle capacità residue.

Il servizio è stato prorogato fino al 30/6/2025, e nel primo semestre saranno messe in atto tutte le attività propedeutiche alla rivisitazione e rimodulazione del servizio ai fini del proseguimento dell’attività per il triennio successivo.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Introduzione rischi corruttivi (uni iso 37001:2016 - punto 4)

Con l’entrata in vigore della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”, è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione, il cui aspetto caratterizzante consiste nell’articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli:

1. un primo livello, quello “*nazionale*”, è stato predisposto il Piano Nazionale Anticorruzione 2013-2016 (c.d. PNA) approvato con deliberazione della CIVIT (oggi ANAC) n. 72/2012;
2. un secondo livello, quello “*decentrato*”, in cui l’Ente ha provveduto ad approvare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) a partire dall’anno 2015, in base alle indicazioni presenti nel PNA, effettuando l’analisi e valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indicando gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Dal 2013 al 2018 sono stati adottati due PNA e tre aggiornamenti.

L’Autorità nazionale anticorruzione ha approvato il PNA 2019 in data 13 novembre 2019 (deliberazione n. 1064), detto documento costituisce atto di indirizzo con riferimento ai criteri metodologici per la formulazione e l’approvazione, entro il 31 marzo 2023, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che gli enti locali, le altre pubbliche amministrazioni e gli altri soggetti tenuti all’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, devono adottare.

Con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 è stato approvato, infine, dal Consiglio dell’ANAC il PNA 2022, valido per il triennio 2023 – 2025. Con Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 si è assistito ad un primo aggiornamento del PNA 2022, afferente alle novità normative intervenute con l’adozione del nuovo Codice dei Contratti Pubblici ex D.lgs. n. 36/2023. Il 13 gennaio u.s. è scaduto il termine per la consultazione ANAC sul documento di aggiornamento del PNA 2022, per l’anno 2024, afferente ad indicazioni per la predisposizione della sezione del PIAO “Rischi corruttivi e Trasparenza” per i comuni con meno di 5.000 abitanti e meno di 50 dipendenti.

La crescente consapevolezza dei possibili danni causati dalla corruzione ha sollecitato l'Ente a definire ulteriori strategie e azioni tese a ridurre il rischio e gli impatti, anche tenendo conto dell'utilità di disporre di uno strumento normativo efficace.

L'IRSM ha adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 29.01.2024 il proprio Sistema di Gestione per la Prevenzione della Corruzione (c.d. SGPC) UNI ISO 37001:2016, grazie al quale ha ottenuto, nel rispetto dei propri atti programmatici, il relativo Certificato ISO 37001 rilasciato dalla società di certificazione Dasa Rägister S.p.A. in data 27 dicembre 2024 (nota prot. n. 8653/2024).

La certificazione ha validità triennale ma il mantenimento della medesima è subordinato al superamento di un audit annuale in cui l'intera attività è soggetta a riesame per verificare il costante rispetto dello standard UNI ISO 37001:2016.

La presente sottosezione rischi corruttivi e trasparenza al PIAO è stata realizzata seguendo le direttive e i criteri metodologici enunciati dal PNA 2019 adottato con Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 e nel rispetto dei nuovi indirizzi riportati nel PNA 2022 adottato con Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, del suo aggiornamento eseguito nel 2023 con Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 nonché dello schema di aggiornamento previsto per il 2024.

Nella redazione del presente piano, in continuità con la "Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2024 -2026 dell'IRSM, si è applicata la norma UNI ISO 37001:2016, dal titolo "*Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione - Requisiti e guida all'utilizzo*", che rappresenta un importante presidio per aiutare gli Enti e le organizzazioni a prevenire e contrastare la corruzione, partendo dall'analisi del contesto in cui operano.

Si segnala – a tale proposito – che le misure adottate in ragione dell'adozione del citato sistema rappresentano parte integrante del presente piano.

Il piano è stato aggiornato con le risultanze degli audit interni eseguiti nel corso del 2024 con il coinvolgimento del Dirigente e dei Responsabili di servizio che si confrontano quotidianamente nelle attività delle cosiddette aree a rischio.

Il presente Piano costituisce il sistema di gestione della prevenzione della corruzione che si applica a tutte le articolazioni organizzative dell'Ente.

2.3.2 definizione di corruzione - campo di applicazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione (uni iso 37001:2016 - punti 4.3 e 5.2)

La Legge 190/2012 non fornisce la definizione del concetto di corruzione cui si riferisce.

Il codice penale prevede tre fattispecie, individuate negli articoli 318, 319 e 319-ter. Fin dalla prima applicazione della legge 190/2012 è risultato chiaro che il concetto di corruzione, cui intendeva riferirsi il legislatore, non poteva essere circoscritto alle sole fattispecie "*tecnico-giuridiche*" di cui agli articoli del Codice Penale.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha spiegato, con la Circolare numero 1 del 25 gennaio 2013 che ha fornito una prima chiave di lettura della normativa, che il concetto di corruzione della legge 190/2012 comprende tutte le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte d'un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Nel contesto del presente Piano, che ha funzione preventiva in materia di corruzione amministrativa, il concetto di corruzione deve essere inteso, in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui attribuito al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono, quindi, più ampie della fattispecie penalistica disciplinata dagli articoli 318, 319 e 319-ter del Codice Penale, e sono tali da ricomprendere, non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Il Piano Nazionale Anticorruzione approvato l'11 settembre 2013 ha ulteriormente specificato il concetto di corruzione da applicarsi in attuazione della Legge n. 190/2012, ampliandone ulteriormente la portata rispetto all'interpretazione del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nell'ambito del PNA 2019, l'ANAC fornisce una definizione aggiornata di *“corruzione”* e di *“prevenzione della corruzione”*, integrando e superando le precedenti definizioni. Il PNA 2019, dunque, distingue fra la definizione di corruzione, ovvero i *“comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè, dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli”*, afferente ad una dimensione prettamente penalistica, da quella di *“prevenzione della corruzione”*, ovvero *“una vasta serie di misure con cui si creano le condizioni per rendere sempre più difficile l'adozione di comportamenti di corruzione nelle amministrazioni pubbliche e nei soggetti, anche privati, considerati dalla Legge n. 190/2012”*.

Pertanto, non si intende modificato il contenuto della nozione di corruzione, intesa in senso penalistico, ma la *“prevenzione della corruzione”* deve orientarsi ad identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

La Politica Prevenzione della Corruzione (UNI ISO 37001:2016 - Punto 5.2)

Parte essenziale del SGPC ISO 37001 (per il quale l'IRSM ha ottenuto la certificazione) è l'adozione di una politica di Prevenzione delle Corruzione finalizzata ad informare soggetti terzi dei principi adottati per prevenire e contrastare fenomeni corruttivi che potrebbero interessare l'Istituto.

Sono vincolati all'osservanza di tale policy tutti i componenti degli organi aziendali, di vigilanza e controllo, i responsabili, i dipendenti di ogni grado, qualifica e livello, i partner, i fornitori e più in generale tutti coloro che operino nell'interesse o per conto dell'ente.

La policy dell'Istituto, adottata con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 29 gennaio 2024, è resa permanentemente disponibile per tutti gli interessati mediante pubblicazione della stessa nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale, sottosezione I "Altri Contenuti", sottosezione II "Anticorruzione". Con apposita comunicazione del Direttore (Prot. n. 2569/2024) è stato disposto, nei confronti di tutti gli uffici dell'Ente, l'obbligo di somministrare la politica anticorruzione dell'IRSM a tutti gli operatori economici e consulenti/collaboratori prima del perfezionarsi dei singoli affidamenti. Ogni ufficio conserva nei relativi fascicoli le policy anticorruzione debitamente sottoscritte e datate da parte degli operatori economici, consulenti e collaboratori affidatari di gare/incarichi.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*", l'IRSM definisce ogni anno un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (oggi sottosezione rischi corruttivi e trasparenza al PIAO), allo scopo di:

- ridurre l'opportunità che si realizzino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire eventuali casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Più precisamente la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO ha un ruolo programmatico che, previa individuazione delle attività dell'Ente nell'ambito delle quali è più elevato il rischio che si verificano fenomeni corruttivi e di illegalità in genere, definisce le azioni e gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio o, quanto meno, a ridurre il livello.

Tale obiettivo viene perseguito mediante l'attuazione delle misure generali e obbligatorie previste dalla normativa di riferimento e di quelle ulteriori ritenute utili in tal senso.

La sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, in quanto documento di natura programmatica, deve coordinarsi con gli altri strumenti di programmazione dell'Ente, in primo luogo con il ciclo della performance. Le attività svolte per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione delle misure previste dalla predetta sottosezione sono inserite tra gli obiettivi del ciclo della performance nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale dei dirigenti, e dell'esito del raggiungimento degli specifici obiettivi previsti per la prevenzione della corruzione individuati nel PIAO deve essere dato specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance.

Il contesto normativo giuridico di riferimento comprende, oltre alla Legge n. 190/2012:

- il Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 "*Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190*";
- il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", approvato dal

Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione dei commi 35 e 36 dell'art. 1 della L. n. 190 del 2012, e s.m.i.;

- il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190”* e s.m.i.;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*;
- l’Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali sancita dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale le parti hanno stabilito gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, volti all’attuazione della Legge n. 190/2012 e dei decreti attuativi (D. Lgs. 33/2013, D. Lgs. 39/2013, D.P.R. 62/2013) secondo quanto previsto dall’articolo 1, commi 60 e 61, della Legge delega n. 190 citata;
- il Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90 *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”*, convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114;
- il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- la Legge 9 gennaio 2019, n. 3 *“Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici”*;
- l’art. 6 del Decreto Legge del 9 giugno 2021, n. 80, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*;
- il Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, contenente l’*“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”*;
- il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36, c.d. Codice dei Contratti Pubblici;
- il Decreto del Presidente della Repubblica del 13 giugno 2023, 81, rubricato *“Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»”*;
- regolamenti interni all’IRSM quale espressione di autoregolamentazione.

2.3.3 Obiettivi per la prevenzione della corruzione

L’ANAC sostiene che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali

per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.

Nel PNA 2022 l'ANAC presenta una nozione di valore pubblico intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio. Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma comprensivo anche di quelli socio-economici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo.

Più precisamente per Valore Pubblico *in senso stretto* viene inteso l'impatto medio generato dalle politiche dell'ente sul livello di benessere complessivo (multidimensionale, e cioè sia economico, sia sociale, sia ambientale, sia sanitario ecc.) di cittadini e imprese. In poche parole, il Valore Pubblico rappresenta, in senso stretto, l'impatto degli impatti, e cioè il benessere addizionale complessivo. Per Valore Pubblico *in senso ampio* s'intende, invece, l'impatto medio generato dalle politiche dell'ente sul livello di benessere complessivo (multidimensionale, cioè sia economico, sia sociale, sia ambientale, sia sanitario ecc.) di cittadini e imprese, ottenuto governando le performance in tale direzione, proteggendo dai rischi connessi, tutelando lo stato di salute delle risorse dell'ente: dunque, performance management come leva di creazione del Valore Pubblico; risk management come leva di protezione del Valore Pubblico; organizzazione e salute delle risorse come condizione abilitante del Valore Pubblico.

In quest'ottica, la prevenzione della corruzione è dimensione del valore pubblico e finalizzato alla sua creazione avendo natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione o ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni "del" e "per" la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Per favorire la creazione di valore pubblico, l'Istituto Romano di San Michele ha previsto quali obiettivi strategici per l'anticorruzione e la trasparenza:

- aumento della capacità di individuare casi di corruzione o di illegalità all'interno dell'amministrazione e creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione mediante l'incremento della formazione in materia di anticorruzione e trasparenza nonché il ricorso a formazione sempre più specialistica;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;

- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente.

2.3.4 Soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al RPCT un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza al PIAO e al relativo monitoraggio. Questo ruolo di coordinamento non deve in nessun caso essere interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto per deresponsabilizzarsi in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, con le relative funzioni, sono:

- A. l'organo di indirizzo politico, il quale:
- designa il RPCT (art. 1, comma 7, L. n. 190/2012);
 - adotta il PIAO, con relativa sottosezione rischi corruttivi e trasparenza nonché gli aggiornamenti di quest'ultima su proposta del RPCT (art. 1, comma 8, L. n. 190/2012);
 - adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- B. il RPCT/Funzione di Conformità ISO 37001 (c.d. FdC) il quale:
- predispone la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza al PIAO e lo sottopone al Consiglio di Amministrazione per l'approvazione;
 - definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
 - verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
 - propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
 - verifica, d'intesa con i responsabili di servizio, 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;
 - individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
 - svolge il compito di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e

incompatibilità;

- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione;
- svolge le funzioni del responsabile della trasparenza ex art. 43 del D. Lgs. n. 33 del 2013;
- cura la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento dell'ASP;
- supervisionare la progettazione e l'attuazione da parte dell'organizzazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione;
- fornire consulenza e guida al personale circa il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e le questioni legate alla corruzione;
- assicurare che il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione sia conforme ai requisiti delle normative tecniche ISO;
- relazionare sulla prestazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione all'organo direttivo e all'alta direzione e ad altre funzioni, nel modo opportuno;

C. il Nucleo di Valutazione/ l'OIV, che:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 D. Lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento e sue modificazioni e vigila sull'applicazione;
- verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il presente piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e la trasparenza, i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV (oltre che all'organo di indirizzo) ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012; nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, comma 8-bis, L. n. 190/2012);

D. l'Internal Audit, che:

- in ausilio al RPCT/FdC, elabora le linee di indirizzo per la gestione dei rischi di cui cura l'aggiornamento;
- in ausilio al RPCT/FdC, esamina i rischi aziendali e valuta se detti rischi siano stati correttamente individuati e gestiti;
- valuta, con cadenza almeno annuale, l'adeguatezza ed efficacia del sistema di controllo interno e la gestione dei rischi;
- rendiconta a cadenza periodica prestabilita, ai vertici aziendali, le principali caratteristiche

del sistema di controllo interno e di gestione dei rischi, esprimendo la propria valutazione sull'adeguatezza dello stesso;

- E. i dirigenti e i responsabili dei singoli servizi, i quali:
- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT (art. 1, comma 9, lett. c, L. n. 190/2012);
 - partecipano al processo di gestione del rischio;
 - propongono le misure di prevenzione;
 - assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento Nazionale e Istituzionale verificando e segnalando le ipotesi di violazione;
 - applicano le misure contenute nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
 - adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D. Lgs. n. 165 del 2001);
 - provvedono al monitoraggio delle attività, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, svolte nell'ufficio a cui sono preposti disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (rotazione cd. straordinaria; sul punto v. delibera ANAC n. 215 del 26.03.2019; rif. art. 16 comma 1 lett. l-quater D. Lgs. n. 165/2001);
- F. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari collegiale e condiviso IRSM/Sant'Alessio (di cui il Direttore è componente), che:
- espleta i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
 - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
 - cura, operando in raccordo con il RPCT, l'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'Istituto in esecuzione dell'15, comma 3, DPR n. 62/2013;
- G. i dipendenti dell'Ente, i quali:
- partecipano al processo di gestione del rischio;
 - osservano le misure contenute nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
 - osservano il Codice di Comportamento Nazionale e Istituzionale segnalando le ipotesi di violazione;
 - segnalano le situazioni di illecito al Direttore/RPCT;
 - segnalano casi di personale conflitto di interessi;
 - comunicano all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio;
- H. i collaboratori a qualsiasi titolo, che:
- osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e il Codice di Comportamento dell'Istituto;
 - osservano il contenuto del Patto di Integrità stilato con l'Ente al momento dell'affidamento;
 - segnalano le situazioni di illecito al loro referente;
- I. il Responsabile della protezione dei dati personali (DPO), il quale:

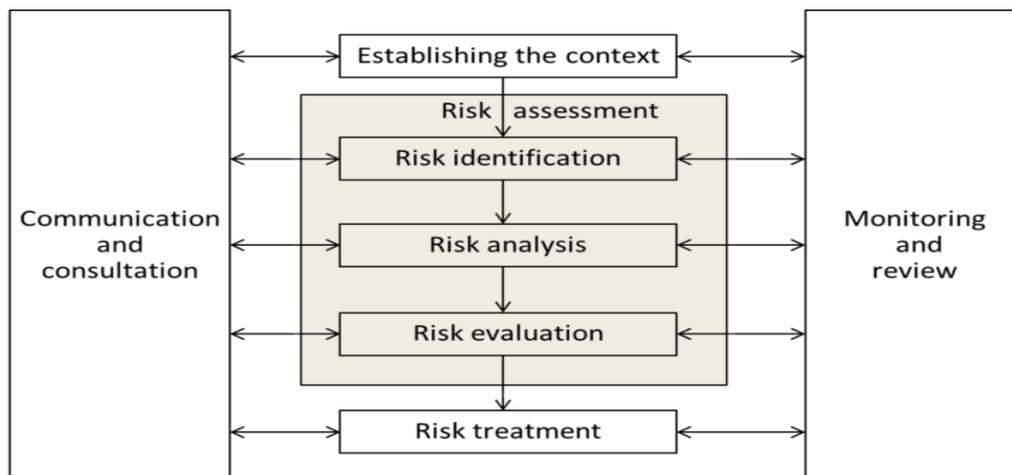
- informa e fornisce consulenza;
- sorveglia sull'osservanza del GDPR, di altre disposizioni dell'UE o degli stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- coopera con l'autorità di controllo e funge da punto di contatto con la stessa per questioni connesse al trattamento.

2.3.5 processo di formulazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza al PIAO (uni iso 37001:2016 – punto 4.4)

La predisposizione e l'aggiornamento della presente sottosezione al PIAO sono stati curati dal Direttore dell'ASP -Istituto Romano di San Michele, Dott. Serafino Giuliani, nel suo ruolo di RPCT allo stesso attribuito con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 21 del 22 ottobre 2024.

Sulla base dei documenti di programmazione degli anni precedenti, in considerazione del PNA 2019, il RPCT ha predisposto, con il coinvolgimento degli attori interni ed esterni all'Istituto, la presente sottosezione del PIAO da proporre al Consiglio di Amministrazione dell'IRSM al fine di presentare adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative, nonché sottoporlo all'approvazione dello stesso.

A tal proposito la realizzazione del presente documento è stata compiuta secondo gli schemi del risk management, conforme a metodologie e principi tratti dalla UNI ISO 31000:2010, raccomandati e aggiornati dal PNA 2019, articolato nelle seguenti fasi:



Come ogni anno è stato pubblicato, inoltre, apposito avviso sulla home page e nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale dell'Ente, rivolto a tutti gli stakeholders del San Michele (ovvero cittadini, associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, RSU e OO.SS. territoriali), al fine di raccogliere proposte, suggerimenti e/o osservazioni

per la predisposizione dell'aggiornamento della presente sottosezione (prot. n. 7193/2024 pubblicato il 12.11.2024), senza avere ricevuto alcun riscontro in merito.

Collegamenti tra la programmazione in materia di anticorruzione e trasparenza con il sistema di misurazione e valutazione delle performance e con gli altri strumenti di programmazione (UNI ISO 37001:2016 – Punto 4.4)

Il collegamento tra gli obiettivi per le Performance e le misure previste per l'anticorruzione e la trasparenza assicura il coordinamento tra la strategia di prevenzione della corruzione e l'attuazione di misure a garanzia della trasparenza, così come il coordinamento tra i soggetti chiamati a rispettare e far rispettare l'attuazione delle suddette disposizioni. La Trasparenza, nell'ottica di un'azione condivisa e coordinata, quale parte della presente sottosezione individua i dati, gli atti e le informazioni a pubblicazione necessaria, ai sensi del D.lgs. n. 33/2013, le modalità con cui garantire in concreto l'esercizio del diritto all'accessibilità, gli standard di qualità dei dati. Risulta, inoltre, indispensabile, un'azione sinergica e condivisa tra le azioni programmatiche del PIAO.

I processi e le attività programmate sono inseriti, quali obiettivi e indicatori per la prevenzione della corruzione, negli strumenti del ciclo della performance, nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale. I risultati organizzativi e individuali raggiunti e gli eventuali scostamenti costituiranno aree di miglioramento futuro nella gestione del rischio.

Del raggiungimento degli obiettivi previsti nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) verrà dato specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Raccordo tra misure anticorruzione e controlli interni

Il sistema integrato dei controlli interni viene finalizzato, oltre che alle funzioni previste dalle norme in materia, alla verifica dell'attuazione delle misure anticorruzione.

Il controllo successivo di regolarità amministrativa introduce tra i parametri di controllo la conformità dell'atto al presente PIAO. Il rafforzamento dei controlli interni in funzione di prevenzione della corruzione costituisce un'area peculiare di costante miglioramento per il 2025-2027.

Natura e interazioni con Pubblici Ufficiali

Si indicano di seguito le principali interazioni con pubblici ufficiali – avendo riguardo anche alla tipologia di Ente di cui trattasi:

- interazioni con altri Enti territoriali interessati a conoscere IRSM ed i servizi offerti dalla medesima;
- integrazioni con autorità per rilascio di autorizzazioni e altri provvedimenti amministrativi;

- integrazioni con autorità di Controllo e Ispettive;
- integrazioni con enti pubblici di settore (a titolo esemplificativo, Inail – Inps – Agenzia delle Entrate) con i quali l'organizzazione opera in ragione degli adempimenti amministrativi.

L'organizzazione e il suo contesto (UNI ISO 37001:2016 – Punto 4.1)

Come indicato nel PNA 2013 - e confermato negli aggiornamenti e nelle successive edizioni del PNA (l'ultima è quella del PNA 2022 e s.m.i.) - la prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio corruzione è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa concretizzarsi all'interno dell'ente per via delle specificità ambientali in cui opera il medesimo un termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne (struttura organizzativa e processi aziendali).

Gestione del rischio (UNI ISO 37001:2016 – Punto 4)

Il processo di gestione del rischio corruzione rappresenta un elemento necessario sia per la costruzione di un Sistema di Gestione Prevenzione della Corruzione UNI ISO 37001 sia per l'elaborazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

L'elemento di rilievo e di fondo della presente sottosezione è il sistema di gestione del rischio corruttivo, che è stato completamente ridisegnato, rispetto agli anni precedenti, nell'allegato 1 al PNA 2019, denominato: "*Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*".

L'Allegato 1 al PNA 2019, in aperta discontinuità con i Piani e gli aggiornamenti che l'hanno preceduto, interviene in maniera sostanziale sull'intero processo di gestione dei rischi corruttivi, andando ad agire su tutte le fasi che lo compongono.

L'Autorità, infatti, precisa che l'Allegato 1 diviene l'unico documento metodologico da seguire per la predisposizione dei piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza relativamente agli aspetti di gestione del rischio.

Il documento è estremamente complesso e ha richiesto una sua applicazione graduale, iniziata nel 2020, specie perché, dopo un nuovo e diverso sistema di misurazione del rischio corruttivo, pone l'accento in maniera sistematica alla razionalizzazione delle operazioni di monitoraggio e di riesame delle misure preposte alla gestione del rischio corruttivo.

Come già effettuato negli anni precedenti, anche per dare ordine e sistematicità alle prescrizioni, si è deciso di predisporre, oltre a questo documento di analisi e metodo, l'inserimento di tabelle di facile lettura e richiami al PNA 2019 e a questo PIAO, in modo da facilitare la lettura del piano e rendere più comprensibile la strategia anti-corruttiva di cui si è dotata questa amministrazione.

La prima fase del processo di gestione del rischio di fenomeni corruttivi è l'analisi del contesto, sia esterno che interno. In questa fase, l'amministrazione 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).

Comprendere le esigenze e le aspettative degli stakeholder (UNI ISO 37001:2016 – Punto 4.2)

Ai fini di una corretta analisi del contesto è anche necessario definire le aspettative e i bisogni degli stakeholder, cioè di tutte quelle persone che hanno interessi rispetto ai processi gestiti dall'Ente. I portatori di interesse possono essere interni o esterni. I portatori di interesse interni sono ad esempio gli Amministratori, i Dirigenti, i funzionari e tutti i lavoratori. I portatori di interesse esterni sono i fruitori dei servizi dell'Ente, i fornitori, gli altri Enti pubblici.

Nell'ambito delle attività previste per l'implementazione del sistema ISO 37001, l'IRSM ha provveduto ad identificare le parti interessate e le esigenze delle medesime avendo riguardo al predetto sistema di gestione.

L'identificazione degli stakeholders dello standard UNI ISO 37001:2016 permette una più approfondita analisi del rischio con la conseguente identificazione delle misure maggiormente appropriate per la gestione del medesimo nel modello organizzativo. Il rischio è inteso come la valutazione/misura dell'incertezza nel raggiungimento degli obiettivi dell'Ente.

Lo Stakeholder Engagement è l'impegno a far proprio il principio dell'inclusività, il che significa riconoscere agli stakeholder interni ed esterni il diritto ad essere ascoltati ed accettare l'impegno di rendicontare la propria attività e le proprie scelte.

L'organizzazione è tenuta a conoscere ed a farsi carico delle aspettative delle parti interessate, al fine di incentivare l'intera organizzazione ad agire per il meglio. I valori che sono affermati o creati dal dialogo con le parti interessate rafforzano la reputazione e la statura etica dell'organizzazione. Per giungere all'applicazione pratica della rilevazione delle parti interessate sono state considerati tutti gli stakeholder che influenzano e/o sono influenzati dalle attività dell'organizzazione.

Per l'identificazione degli stakeholder vengono seguiti i criteri di seguito elencati:

- Responsabilità - gli stakeholder verso i quali l'organizzazione ha, o potrebbe avere, responsabilità legali, finanziarie ed operative sotto forma di regolamenti, contratti, politiche o codici di comportamento;
- Influenza - gli stakeholder con potere di influenza o di decisione;
- Vicinanza/Prossimità - gli stakeholder con cui l'organizzazione interagisce maggiormente, compresi gli stakeholder interni, quelli con cui esistono relazioni consolidate e quelli dai quali l'organizzazione dipende per le proprie operazioni quotidiane (ad esempio, le autorità locali, i fornitori locali);
- Dipendenza - gli stakeholder che, direttamente o indirettamente, dipendono dalle attività e dall'operatività dell'organizzazione, in termini operativi.
- Rappresentatività - gli stakeholder che, attraverso la regolamentazione o per consuetudine e cultura possono legittimamente farsi portavoce di un'istanza o interesse, compresi i "senza voce" – ovvero persone o gruppi incapaci di rappresentare loro stessi, come l'ambiente e le generazioni future, rappresentanti sindacali, leader delle comunità locali;

➤ Intento politico e strategico - gli stakeholder con cui l'organizzazione direttamente o indirettamente è in contatto per via delle proprie politiche e scelte (ad esempio, i cittadini, le comunità locali), inclusi coloro che possono fornire indicazioni su tematiche e rischi emergenti.

Questa rilevazione ha perseguito l'obiettivo:

- di dare agli stakeholder non ancora identificati la possibilità di "dare voce" alle proprie istanze o identificare le opportunità (ad esempio, il portale trasparenza);
- ove opportuno, di fare in modo che tutti siano ascoltati, senza restrizioni o limitazioni, garantendo un processo indipendente e scevro da qualunque condizionamento da parte dell'organizzazione;
- di prevedere meccanismi di rappresentanza dei così detti stakeholder "muti" (ad esempio, le generazioni future, l'ambiente).

Per ultimo, ma non di minore importanza, si evidenzia che ogni analisi è stata funzionale a far leva su tre principi chiave:

- la trasparenza, intesa come la capacità di "rendere conto" agli stakeholder dell'azione dell'Organizzazione;
- la conformità alle norme di legge, agli standard, ai codici, ai principi, alle politiche ed altri regolamenti volontari;
- la rispondenza, intesa come capacità di dare risposta alle aspettative degli stakeholder.

2.3.6 Individuazione delle aree di rischio - valutazione del rischio (uni iso 37001:2016 – punto 4)

Seguendo le indicazioni dell'allegato 1 al PNA 2019, dopo aver definito il contesto interno ed esterno nella prima fase, è necessario procedere a definire:

- A. Le aree di rischio, cioè i macro-aggregati, in chiave anticorruzione, dei processi;
- B. La mappatura dei processi, inseriti o collegati a ciascuna area di rischio;
- C. Identificazione dei rischi corruttivi per ciascun processo.

AREE DI RISCHIO

In occasione dell'aggiornamento del PTPCT 2023 – 2025, integrato nel PIAO 2023 – 2025, l'IRSM ha provveduto a mappare tutti i processi aziendali e a rimodulare le aree di rischio precedentemente individuate nel PTPCT 2022 - 2024.

Il RPCT ha provveduto all'analisi delle principali aree e processi dell'Ente maggiormente sensibili, nonché di maggiore rilevanza istituzionale. La suddetta analisi si è svolta con l'ausilio di tutti i responsabili di servizio dell'Ente (funzionari e figure direttive munite di E.Q. o che ricoprono ruolo di coordinatori di servizio o di ufficio) mediante interviste finalizzate alla mappatura dei processi e all'individuazione di possibili misure attuative. Grazie all'ausilio dei soggetti responsabili di servizio si è potuto procedere alla mappatura di tutti i processi aziendali nel rispetto dei PNA. A seguito della fusione per incorporazione tra l'IRASP e l'IRSM, intervenuta con Deliberazione della Giunta Regionale n. 863 del 31 ottobre 2024 (presa d'atto del San Michele eseguita con Determina Direttoriale n. 715 del 08 novembre 2024), quest'ultimo ha acquisito un nuovo servizio socio-sanitario a regime

semi residenziale (centro diurno Alzheimer) in scadenza al 31.12.2024, successivamente prorogato per ulteriori 6 mesi (prot. n. 8605/2024). In considerazione della prossima scadenza del servizio e dell'incerta prosecuzione oltre il tempo già stabilito per il rinnovo, il RPCT si riserva la mappatura del relativo processo nel corso del 2025. A quanto sopra occorre riportare che con la Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 28 del 27 dicembre 2024 l'Istituto ha provveduto ad adottare il Piano e Programma delle Attività del 2025 – 2027 il quale prevede una riorganizzazione degli uffici in base alla nuova macro-organizzazione che richiederà, con il progressivo riassetto delle micro-organizzazioni ed aggiornamento/adeguamento dei regolamenti interni, l'avvio di nuove attività di mappatura dei processi aziendali.

Ad oggi, in attesa dell'avvio delle attività di riorganizzazione interna dovuta all'adozione della nuova macro-struttura eseguita con la Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 28 del 27 dicembre 2024, non sono state riscontrate diverse aree di rischio rispetto a quelle già previste negli all.ti 1A, 1B e 3A.1 del PIAO 2024-2026 tale da comportare una rettifica delle aree oggetto di analisi rispetto all'anno precedente.

Le principali aree di rischio generali sono le seguenti (tab. 3 dell'allegato n. 1 al PNA 2019):

- A. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- B. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- C. contratti pubblici;
- D. acquisizione e gestione del personale;
- E. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- F. controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- G. incarichi e nomine;
- H. affari legali e contenzioso.

Come unica area di rischio specifico è stata individuata la seguente:

- I. area ospitalità e degenza.

Alle aree di rischio generali e specifiche, come sopra individuate, corrispondono i seguenti processi, in cui sono comprese le relative attività.

AREE GENERALI

A. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO.

1. Gestione richieste di autorizzazioni e provvedimenti amministrativi;
2. Gestione dei rapporti con la Regione Lazio (Ente Controllante) e altri Enti Territoriali in vista di operazioni straordinarie e durante la fase esecutiva dei servizi erogati;

3. Gestione delle ispezioni/accertamenti da parte delle autorità competenti;
4. Ammissione presso Casa di Riposo: verifica dei requisiti di ammissione.

B. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO.

1. Erogazioni ad associazioni del terzo settore e a altri enti;
2. Erogazioni pubbliche;
3. Gestione di omaggi e spese di rappresentanza.

C. CONTRATTI PUBBLICI;

1. Programmazione;
2. Definizione dell'oggetto di affidamento;
3. Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento;
4. Requisiti di qualificazione/Requisiti di aggiudicazione;
5. Redazione del cronoprogramma;
6. Valutazione delle offerte;
7. Verifica dell'eventuale anomalia dell'offerta;
8. Revoca del bando;
9. Procedura negoziata/affidamento diretto;
10. Varianti in corso di esecuzione del contratto;
11. Subappalto;
12. Utilizzo di rimedi alternativi alle controversie alternativi a quelli giudiziali;
13. Liquidazione per il pagamento di forniture di beni, servizi e lavori;
14. UTM Gestione contratto global service affidato a ditta esterna per la manutenzione di: - Gruppo elettrogeno, - Meccanismi automazione/sbarra ingresso e porta automatica palazzina Toti, - Centrale termica, - Climatizzatori ed impianti ventilazione meccanica, - Impianti elevatori, - Impianti ad attrezzature antincendio (estintori, idranti, porte REI), - Impianti elettrici e idrico sanitari, - Disinfestazione e derattizzazione.

D. AREA ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE.

1. Pianificazione e Programmazione delle Risorse Umane;
2. Indizioni di procedure concorsuali o di selezione;

3. Costituzione di commissione esaminatrice;
4. Espletamento delle procedure concorsuali o di selezione;
5. Gestione del Personale e Monitoraggio del Personale;
6. Protocollo: (Relativamente al protocollo si rileva che tale attività è gestita con l'ausilio di un software, il cui accesso è regolamentato e consentito solo ad alcune funzioni aziendali. Il protocollo è gestito sia per il flusso in entrata sia per il flusso in uscita.);
7. Audit interni: Relativamente all'attività di audit interni si precisa che tale attività è regolamentata da procedure aziendali dedicate all'esecuzione degli audit stessi e dalla norma UNI ISO 37001;
8. Rappresentanze sindacali;
9. Rapporti tra uffici;
10. Progressioni di carriera (Progressioni economiche o di carriera).

E. AREA GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO.

1. Predisposizione pluriennale con aggiornamento annuale dei documenti di previsione ECO-FIN;
2. Predisposizione progetto di bilancio d'esercizio;
3. Gestione del flusso delle spese e delle entrate dell'ente;
4. Gestire la Cassa Economale (Utilizzo della cassa economale);
5. Gestione finanziaria Magazzini;
6. Elaborazione delle buste paghe e dichiarazioni obbligatorie inerenti;
7. Gestione adempimenti fiscali;
8. Gestione delle operazioni di Merger & Acquisition e altre operazioni straordinarie;
9. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Inventario e Pianificazione;
10. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Alienazione beni;
11. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Locazione e Comodato d'uso. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Concessione dei Beni;
12. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Aggiornamento dei Regolamenti di Gestione del Patrimonio;
13. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Gestione beni storici e artistici;
14. UTM Piano triennale degli interventi di manutenzione;



15. UTM Progettare e gestire interventi di manutenzione (idraulica, elettrica ed edile) ordinaria e straordinaria. Riguardano in grande misura la struttura Toti (RSA e Casa di riposo), la palazzina uffici e spazi comuni del comprensorio istituzionale;
16. UTM Gestione del Magazzino Tecnico (Piccola attrezzatura e materiale di consumo);
17. Gestione dei sinistri (attivi e passivi);
18. Gestione sistemi informativi: Costituzione architetture e infrastrutture informatiche dell'ente; Gestione del sistema informativo, gestione agenda digitale.

F. AREA CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI.

1. Pianificazione e gestione del documento di valutazione dei rischi (DVR);
2. Gestione rapporti con l'amministrazione finanziaria;
3. Gestione reclami.

G. AREA INCARICHI E NOMINE.

1. Conferimento di incarichi di collaborazione (Conferimento di incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, per prestazioni d'opera. Incarichi attribuiti ex art. 7, comma 6, D.lgs. n. 165/2001).

H. AREA "AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO".

1. Incarichi legali: Conferimento di incarichi a professionisti e studi legali;
2. Incarichi legali: Consulenza e assistenza legale;
3. Recupero crediti.

AREE SPECIFICHE

I. AREA OSPITALITÀ E DEGENZA.

1. Gestione del ricovero;
2. Gestione Somministrazione Farmaci;
3. Gestione Rifiuti Speciali;
4. Gestione Rifiuti Non Sanitari;
5. Gestione Decesso Ospite: Sottoscrizione convenzione per gestione camera mortuaria: Affidamento a titolo gratuito.

IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI

L'identificazione del rischio ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. La fase di identificazione del rischio avviene con l'individuazione:

- a) dell'evento rischioso (scopo corruttivo);
- b) del comportamento (modalità di azione) finalizzato ad ottenere lo scopo corruttivo;
- c) del fattore abilitante (problematica organizzativa e/o procedurale) che favorisce il comportamento corruttivo.

Di seguito le tabelle che contengono il registro degli eventi rischiosi e dei comportamenti corruttivi suddivisi per ogni area di rischio e l'elenco dei fattori abilitanti.

REGISTRO DEGLI EVENTI RISCHIOSI E DEI COMPORAMENTI

AREA DI RISCHIO	A. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rilascio di autorizzazioni e/o concessioni a soggetti non legittimati o senza finalità di interesse pubblico e/o privi dei requisiti richiesti; 2. favorire l'ingresso, nella struttura socio assistenziale, di soggetti privi di requisiti/inadeguata verifica dei requisiti.
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> - abuso e/o eccesso di discrezionalità nell'adozione di provvedimenti nella fissazione di requisiti o particolari criteri; - mancanza dei requisiti o irregolarità delle istanze/documenti presentati dai soggetti richiedenti; - favoritismi, anche su pressione esterna, nei confronti di individui, associazioni, organizzazioni, enti o gruppi di interesse al fine dell'ottenimento del provvedimento autorizzatorio o analoghi; - falsità e/o mancata verifica della documentazione alla base dei provvedimenti; - mancata trasparenza e regolamentazione poco chiara; - omissione di comunicazione; comunicazioni lacunose; ritardi di comunicazione; - conflitto di interesse; - inosservanza dei tempi di conclusione del procedimento; - favorire soggetti privi/carenti di requisiti non rispettando l'ordine cronologico della domanda e/o disattendendo il corretto scorrimento delle liste di attesa.

AREA DI RISCHIO	B. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO.
Eventi Rischiosi	1. Rilascio di autorizzazioni e/o assegnazione di contributi a soggetti non legittimati o senza finalità di interesse pubblico e/o privi dei requisiti richiesti; 2. distrazione, errata ripartizione o concessione indebita di risorse o fondi;
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> - distorsione del processo, interferenze e inosservanza delle regole procedurali; - eccessiva discrezionalità nella previsione dei criteri finalizzati all'erogazione di contributi; - falsità e/o mancata verifica della documentazione e/o requisiti alla base dei provvedimenti; - sottoscrizione di relazioni, report, certificati attestando falsamente di aver compiuto accertamenti; - mancata trasparenza e regolamentazione poco chiara; - conflitto di interesse; - inosservanza dei tempi di conclusione del procedimento; - mancato riscontro dei pagamenti dovuti al fine di favorire i soggetti inadempienti.
AREA DI RISCHIO	C. Contratti pubblici.
Eventi Rischiosi	1. Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi/soggetti particolari; 2. condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto; 3. affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici; 4. possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare i valori previsti dalla norma oppure mancata rilevazione o erronea valutazione dell'esistenza di un interesse transfrontaliero certo; 5. gestione e conduzione della fase di progettazione dell'affidamento al fine di premiare interessi/soggetti particolari; 6. rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica,



confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopperire a carenze, anche tramite varianti in corso d'opera;

7. possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c);

8. gestione e conduzione della fase di selezione dell'affidamento al fine di premiare interessi/soggetti particolari;

9. mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri;

10. incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto;

11. incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara;

12. rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma;

13. consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali;

14. comunicazione obbligatoria dell'O.E. relativa ai sub contratti che non sono subappalti ai sensi dell'art. 105, co. 2, del Codice, effettuata con dolo al fine di eludere i controlli più stringenti previsti per il subappalto;

15. applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;

16. nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;

17. Gestione e conduzione della fase di stipulazione del contratto al fine di favorire l'aggiudicatario;

18. svolgimento della fase di esecuzione del contratto al fine di favorire l'affidatario/ fornitore (anche tramite la mancata applicazione di penali o risoluzione del contratto);

	<p>19. omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati;</p> <p>20. incontrollata lievitazione dei costi;</p> <p>21. Gestione della fase di rendicontazione al fine di favorire l'affidatario/fornitore, anche mediante l'effettuazione di pagamenti ingiustificati e il rilascio di certificato di regolare esecuzione/collauda in assenza dei requisiti.</p>
<p>Comportamenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione arbitraria dell'oggetto dell'affidamento per favorire un determinato fornitore; - uso distorto o improprio della discrezionalità quali: l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali; la reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto; la presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi soggetti o di gare con unica offerta valida; - mancata suddivisione dell'appalto in lotti funzionali senza adeguata motivazione ovvero frazionamento artificioso a scopo elusivo delle norme di evidenza pubblica o delle norme europee; - elusione delle regole di affidamento degli appalti; - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione); - uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa; - omessa previsione di penali in caso di mancato rispetto del cronoprogramma dei lavori o nell'esecuzione dell'opera o del Contratto di Servizio; - mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extra guadagni da parte dello stesso esecutore; - mancanza o l'incompletezza della determina a contrarre ovvero la carente esplicitazione degli elementi essenziali del contratto; - previsione di requisiti restrittivi di partecipazione; - mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori



consultati nelle consultazioni preliminari di mercato;

- acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico;
- mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione o incoerente rispetto all'oggetto del contratto;
- ricorso al criterio dell'OEPV, nei casi di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa e viceversa, l'adozione del massimo ribasso per prestazioni non sufficientemente dettagliate;
- mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali;
- mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale;
- abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
- rischio di distorsioni del mercato per effetto del ricorso a procedure negoziate al di fuori dei limiti di legge;
- mancata o distorta applicazione del criterio della rotazione;
- abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa, compreso il mancato ricorso al mercato elettronico (Consip/Mepa) e mancato rispetto del principio di rotazione;
- assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità);
- ammissioni di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o per conseguire extra guadagni;
- condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario;



	<ul style="list-style-type: none">- alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche;- alterazione dei contenuti delle verifiche;- possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura;- presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario che evidenzino una palese violazione di legge da parte dell'amministrazione;- immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto;- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma;- mancato assolvimento degli obblighi di comunicazione all'ANAC delle varianti;- ammissione di riserve oltre l'importo consentito dalla legge;- assenza di adeguata istruttoria che preceda la revisione del prezzo;- mancata verifica sulla qualità e quantità delle prestazioni dovute;- mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti;- mancata acquisizione del CIG o dello smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento;- alterazioni o omissioni di attività di controllo;- attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti;- mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera;- incompletezza della documentazione inviata dal Responsabile del Procedimento o, viceversa, il mancato invio di informazioni al Responsabile del Procedimento (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo);- emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite;- possibile rischio di falsa dichiarazione di collaudo finalizzata a favorire/penalizzare il fornitore.
AREA DI RISCHIO	D. ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. Assunzione e reclutamento di candidati particolari e/o non in possesso dei titoli e requisiti richiesti;2. assunzione di personale in carenza di programmazione dei fabbisogni;



	<ol style="list-style-type: none">3. attribuzione di progressioni economiche e di carriera a soggetti non aventi diritto;4. assenza di disciplina sul conferimento di incarichi per lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (cd. <i>pantouflage</i>);5. assenza di disciplina per le autorizzazioni di attività ed incarichi extra-istituzionali;6. assenza disciplina sul conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti;7. criteri predeterminati per favorire determinati soggetti.
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- Valutazione distorta del fabbisogno del personale, dei curricula o dei titoli;- mancanza di trasparenza e di precise regole procedurali nella programmazione dei fabbisogni del personale;- previsioni di requisiti di accesso “personalizzati” ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire;- irregolare composizione della commissione di concorso;- inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta, la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove, l’alterazione del colloquio di selezione;- alterazione della attestazione e delle verifiche che attestano il possesso dei requisiti;- insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti nelle procedure di mobilità;- conflitto di interessi dei componenti la commissione e dei responsabili dei procedimenti e/o dirigenti/direttori responsabili della procedura.
AREA DI RISCHIO	E. AREA GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. Autorizzazione di pagamenti o erogazione di somme in violazione di norme o procedure e/o a soggetti non legittimati;2. scelta dei fornitori di beni e servizi in violazione di norme e procedure;3. pagamenti o erogazione di somme a soggetti non legittimati o in violazione di norme o procedure;4. utilizzo improprio della cassa economale, distrazione di somme a fini privati;



	<p>5. sottrazione di beni dai magazzini; 6. affidamento/sottoscrizione discrezionale dei contratti di locazione attivi.</p>
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- Inosservanza delle regole procedurali;- alterazione delle procedure di liquidazione e di pagamento;- eccessiva discrezionalità nella scelta degli operatori economici;- ritardo o accelerazione ingiustificata nella liquidazione dei pagamenti;- uso improprio o distorto della discrezionalità nella reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero nella reiterazione della scelta dei medesimi operatori economici;- alterazione dei dati relativi all'impegno di spesa per favorire soggetti interni/esterni ad es. imputando importi maggiorati;- mancata verifica dei documenti allegati alla liquidazione al fine di favorire/sfavorire il creditore, ad es. per dare seguito al pagamento anche in assenza di documenti regolari;- possibilità di incidere sui tempi di evasione del pagamento così da favorire/sfavorire un fornitore;- uso improprio della cassa contante per acquisti discrezionali non giustificati da motivate richieste e/o necessità oggettive;- distrazione di somme per uso privato;- alterazione dei documenti giustificativi di spese o rimborsi;- appropriazione/cessioni di beni stoccati nel magazzino per uso privato;- procedure di scelta del conduttore non concorsuali;- procedure di scelta del contraente, per la vendita degli immobili, non concorsuali.
AREA DI RISCHIO	F. AREA CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. Omissione/alterazione di controlli per nascondere illeciti;2. mancata o tardiva gestione delle pratiche di reclamo (prolungamento indebito dei tempi amministrativi).
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- Attività di vigilanza, controllo e ispezione non opportunamente standardizzate e codificate;- inosservanza delle regole procedurali;- sottoscrizione di relazioni, report, certificati attestando falsamente di aver compiuto accertamenti;- mancata standardizzazione dell'attività di vigilanza, controllo ed ispezione;



	<ul style="list-style-type: none">- omissioni e/o esercizio di discrezionalità e/o parzialità nello svolgimento di tali attività;- interpretazione disomogenea delle norme di riferimento;- conflitto di interesse.
AREA DI RISCHIO	G. INCARICHI E NOMINE.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. Mancato rispetto delle disposizioni di legge (art. 7 D.lgs. n. 165/2001);2. mancata o carente definizione dei criteri e delle procedure per l'affidamento degli incarichi;3. affidamento incarico a candidati privi dei dovuti requisiti o con requisiti insufficienti;4. previsione nell'avviso di criteri di partecipazione restrittivi al fine di favorire indebitamente un candidato a discapito degli altri5. plurimi incarichi allo stesso soggetto;6. assenza di pubblicità delle procedure di nomina;7. mancata verifica circa l'assenza di motivi di incompatibilità previsti dalla legge ovvero legati ad interessi di qualunque natura con riferimento all'incaricato individuato e all'oggetto dell'incarico;8. omessa verifica circa la sussistenza di professionalità idonee a ricoprire l'incarico all'interno del Comune prima dell'indizione della selezione
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- Mancata osservanza delle norme di legge e di regolamento che va adeguato alle leggi vigenti ed alla giurisprudenza in materia;- mancanza DI controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, in particolare circa l'esistenza dei requisiti speciali di ammissione (es. esperienza, docenze, pubblicazioni, etc....);- attribuzione continua di incarichi alla medesima persona;- mancato rispetto sulle norme di pubblicizzazione dell'avviso / mancanza di trasparenza nelle procedure;- mancato espletamento ricognizione interna per la verifica della presenza delle professionalità che rendono non applicabile l'affidamento dell'incarico di collaborazione ad un soggetto esterno.
AREA DI RISCHIO	H. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. Affidamento servizio patrocinio legale ripetuti incarichi allo stesso professionista senza motivi oggettivi;2. nomine e/o attribuzione arbitraria di incarichi a soggetti privi dei requisiti e delle professionalità necessari per lo svolgimento dell'incarico;



	<p>3. ritardi istruttori per favorire prescrizione credito a vantaggio di determinati debitori;</p> <p>4. dichiarazioni di inesigibilità crediti senza adeguata istruttoria.</p>
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- mancata verifica del possesso dei titoli e/o delle condizioni di inconfiribilità o incompatibilità;- interferenze e pressioni nelle procedure di selezione;- alterazione o mancanza della documentazione che attesti il possesso dei requisiti;- inosservanza delle regole procedurali;- mancanza di trasparenza e tempestività nella pubblicazione degli atti;- mancato rispetto delle indicazioni delle Linee guida Anac n.12 sui servizi legali;- cumulo di ripetuti incarichi o incarichi di rilevante valore per i quali non vengano attivate procedure comparative;- mancata verifica dei requisiti necessari per l'incarico;- attribuzione dell'incarico a soggetti privi della necessaria professionalità;- attribuzione dell'incarico a soggetti in conflitto di interesse;- mancato rispetto del principio di rotazione;- far decorrere i termini prescrizionali senza eseguire alcuna azione interruttiva favorendo i debitori e procurando danni economici all'Istituto;- diverse modalità gestionali sul recupero, a vantaggio dell'uno o altro debitore.
AREA DI RISCHIO	I. OSPITALITÀ E DEGENZA.
Eventi Rischiosi	<ol style="list-style-type: none">1. abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti;2. favorire l'ingresso, nella struttura socio assistenziale, di soggetti privi di requisiti/inadeguata verifica dei requisiti.2. preferenza nelle liste di attesa;3. mancato o errata somministrazione dei farmaci;4. errato smaltimento dei rifiuti;5. affidamento discrezionale della gestione della camera mortuaria;6. veicolazione scelta specifica impresa onoranze funebri.
Comportamenti	<ul style="list-style-type: none">- ammissione di soggetti privi delle condizioni idoneative per l'ammissione nella struttura;- favorire soggetti privi/carenti di requisiti non rispettando l'ordine cronologico della domanda e/o disattendendo il corretto scorrimento delle liste di attesa;- conflitto di interessi;

	<ul style="list-style-type: none">- inosservanza delle regole procedurali;- affidamento della gestione della camera mortuaria a operatori economici collusi con il soggetto affidatario;- mancato rispetto della concorrenzialità;- mancato rispetto del principio di rotazione;- segnalazione ai parenti da parte di dipendenti dell'ente di una specifica impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili.
--	---

FATTORI ABILITANTI

I c.d. “*fattori abilitanti*” sono quei fattori, di diversa natura, che consentono o favoriscono il verificarsi delle condotte corruttive. L'individuazione dei predetti è di rilevante importanza, in quanto le misure di prevenzione devono essere preordinate al loro contrasto. A mero titolo esemplificativo si elenca di seguito un ampio ventaglio di fattori abilitanti:

A. Mancanza/insufficienza:

1. definizione dei processi e responsabilità;
2. trasparenza;
3. accountability (rendere conto);
4. controlli;
5. competenze/formazione degli operatori;
6. di responsabilizzazione interna;
7. risorse;
8. informazioni;
9. informatizzazione;
10. regolamentazione;
11. diffusione della cultura della legalità;
12. chiarezza normativa o della disciplina amministrativa del processo;
13. di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA.

B. Monopolio:

1. informazioni;
2. potere/responsabilità;
3. esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
4. conoscenze/competenze.

C. Eccesso/presenza:

1. regole (anche in termini di complessità, contraddittorietà e/o eccessivi oneri burocratici);
2. discrezionalità;
3. conflitto di interessi.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per ciascuna delle aree predette sono stati individuati, con l'apporto di tutti i responsabili di servizio dell'Istituto Romano di San Michele, i livelli di rischio potenziale, mediante un modello di ponderazione fondato sull'approccio metodologico qualitativo suggerito dall'allegato n. 1 al PNA 2019, per il quale l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono la loro rappresentazione finale in termini numerici.

L'analisi del livello di esposizione deve avvenire rispettando comunque tutti i principi guida richiamati nell'allegato 1 del PNA 2019, nonché un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Per ogni attività oggetto di analisi si è proceduto alla misurazione facendo uso degli indicatori illustrati nella seguente tabella, applicando una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso). Al pari del PIAO 2024 – 2026, l'Ente ha proceduto ad espletare per il presente piano una valutazione dei rischi secondo il c.d. "valore della moda", ovvero il risultato finale è dato dal maggior numero valutazioni di un determinato tipo tra i sei KPI adottati (es. se sussistono n. 4 valutazioni "basse", n. 1 valutazione "media" e n. 1 valutazione "alta" prevarrà il valore "basso"). In caso di parità di numero di valutazioni dello stesso tipo prevarrà la valutazione maggiormente gravosa (es. se sussistono n. 3 valutazioni "basse" e n. 3 valutazioni "medie" prevarrà il valore "medio"). Gli indicatori di rischio (c.d. key risk indicators) adottati nel presente piano sono quelli indicati al punto 4.2, lettera b), box 10, dell'allegato n. 1 al PNA 2019.

Tabella degli indicatori di stima del livello di rischio			
N.	Indicatore	Descrizione	Scala di valutazione
1	Livello di interesse interno e/o esterno.	Il rischio si incrementa in base a quale sia il rilievo degli interessi e dei benefici (economici o meno) che riguardano i destinatari nell'ambito del processo.	<p>Alta Comporta l'attribuzione di notevoli vantaggi oppure svantaggi a soggetti esterni/interni.</p> <p>Media Comporta l'attribuzione di vantaggi oppure svantaggi abbastanza rilevanti a soggetti esterni/interni.</p> <p>Bassa Comporta l'attribuzione di vantaggi oppure</p>



			svantaggi limitati a soggetti esterni/interni.
2	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA.	Il rischio si incrementa al crescere della discrezionalità nel processo decisionale.	Alta Il processo decisionale è altamente discrezionale. Media Il processo decisionale è parzialmente vincolato dalla legge e/o da atti amministrativi. Bassa Il processo decisionale è del tutto vincolato.
3	Manifestazione in passato di eventi corruttivi nel processo/attività.	Il rischio si incrementa se il processo è stato già oggetto di comportamenti corruttivi in passato nell'Ente o in altre realtà simili.	Alta Il processo dell'Ente è stato interessato da eventi corruttivi e/o tentati eventi corruttivi nel precedente triennio. Media Il processo è stato interessato da tentativi di sviamento del procedimento per interessi personali (es. tentativi di promesse di indebiti vantaggi per il responsabile del procedimento) nel precedente triennio. Bassa Non sono stati rinvenuti dati che indichino che il processo sia stato interessato da eventi corruttivi nel precedente triennio.
4			Alta



	Opacità del processo decisionale.	Il rischio si riduce con l'adozione degli strumenti di trasparenza prescritti dalla normativa vigente.	Alta Sono state adottate solo alcune misure di trasparenza prescritte dalla normativa vigente per la specifica attività.
			Media Sono state adottate tutte le misure di trasparenza prescritte dalla normativa vigente per la specifica attività salvo alcune problematiche di tempestivo aggiornamento.
			Bassa Sono state adottate tutte le misure di trasparenza prescritte dalla normativa vigente per la specifica attività. Sono stati inoltre individuate e adottate ulteriori forme di pubblicazione (compatibili con la normativa).
5	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	La scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità.	Alta Nessuna collaborazione.
			Media Collaborazione parziale.
			Bassa Massima collaborazione.
6	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Il rischio decresce quando i controlli applicati al processo, anche organizzati in sistema, contribuiscono al corretto	Alta Nessuna applicazione delle misure
			Media

	perseguimento dell'interesse pubblico, anche se non direttamente finalizzati a limitare gli eventi corruttivi.	Applicazione di parte delle misure
		Bassa Applicazione di tutte le misure

L'applicazione degli indicatori riportati nella tabella precedente, con il criterio della moda, ha permesso di individuare i livelli di rischio potenziale per singola area e per ogni processo, come riportato nell'allegato schema (All. 4), che contiene il calcolo di dettaglio con le relative pesature del rischio. I livelli di rischio sono stati mantenuti invariati in continuità con quanto indicato nel PIAO dell'anno precedente poiché non sono intervenute significative variazioni alla struttura organizzativa. Si prevede per gli anni 2025/2026, a seguito del perfezionarsi della riorganizzazione prevista dalla nuova macro-struttura inserita nel Piano e Programma delle Attività del 2025 – 2027 adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 28 del 27 dicembre 2024, di avviare una nuova mappatura dei processi con relativa analisi dei rischi.

Di seguito è rappresentata la sintesi delle risultanze suddette.

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	LIVELLO DI RISCHIO
A) PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Gestione richieste di autorizzazioni, licenze e provvedimenti amministrativi.	ALTO
	Gestione dei rapporti con la Regione Lazio (Ente Controllante) e altri Enti Territoriali in vista di operazioni straordinarie e durante la fase esecutiva dei servizi erogati.	MEDIO
	Gestione delle ispezioni/accertamenti da parte delle autorità competenti.	MEDIO
	Ammissione presso Casa di Riposo: Verifica dei requisiti di ammissione.	ALTO
B) PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Erogazioni contributi ad associazioni del terzo settore e a enti diversi.	MEDIO
	Erogazioni pubbliche.	MEDIO
	Gestione di omaggi e spese di rappresentanza.	MEDIO
C) CONTRATTI PUBBLICI	Programmazione.	MEDIO



	Definizione dell'oggetto di affidamento.	ALTO
	Individuazione dello strumento / istituto dell'affidamento.	ALTO
	Requisiti di qualificazione / Requisiti di aggiudicazione.	ALTO
	Redazione del cronoprogramma.	ALTO
	Valutazione delle offerte.	ALTO
	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte.	ALTO
	Revoca del bando.	ALTO
	Procedure negoziate / Affidamenti diretti.	ALTO
	Varianti in corso di esecuzione del contratto.	ALTO
	Subappalto.	ALTO
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giudiziali.	ALTO
	Liquidazione per il pagamento di forniture di beni, servizi e lavori.	BASSO
	UTM Gestione contratto global service affidato a ditta esterna per la manutenzione di: - Gruppo elettrogeno, - Meccanismi automazione/sbarra ingresso e porta automatica palazzina Toti, - Centrale termica, - Climatizzatori ed impianti ventilazione meccanica, - Impianti elevatori, - Impianti ad attrezzature antincendio (estintori, idranti, porte REI), - Impianti elettrici e idrico sanitari, - Disinfestazione e derattizzazione.	MEDIO
D) ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Pianificazione e Programmazione delle Risorse Umane.	BASSO
	Indizioni di procedure concorsuali o di selezione.	MEDIO



	Costituzione di commissione esaminatrice.	ALTO
	Espletamento delle procedure concorsuali o di selezione.	ALTO
	Gestione del Personale e Monitoraggio del Personale.	MEDIO
	Protocollo: (Relativamente al protocollo si rileva che tale attività è gestita con l'ausilio di un software, il cui accesso è regolamentato e consentito solo ad alcune funzioni aziendali. Il protocollo è gestito sia per il flusso in entrata sia per il flusso in uscita.)	BASSO
	Audit interni: Relativamente all'attività di audit interni si precisa che tale attività è regolamentata da procedure aziendali dedicate all'esecuzione degli audit stessi e dalla norma UNI ISO 37001.	MEDIO
	Rappresentanze sindacali.	MEDIO
	Rapporti tra uffici.	BASSO
	Progressioni di carriera (Progressioni economiche o di carriera).	MEDIO
E) GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Predisposizione pluriennale con aggiornamento annuale dei documenti di previsione ECO-FIN.	BASSO
	Predisposizione progetto di bilancio d'esercizio.	BASSO
	Gestione del flusso delle spese e delle entrate dell'ente.	MEDIO
	Gestire la Cassa Economale (Utilizzo della cassa economale).	MEDIO
	Gestione finanziaria Magazzini.	ALTO
	Elaborazione delle buste paghe e dichiarazioni obbligatorie inerenti.	MEDIO
	Gestione adempimenti fiscali.	BASSO



	Gestione delle operazioni di Merger & Acquisition e altre operazioni straordinarie.	BASSO
	Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Inventario e Pianificazione.	MEDIO
	Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Alienazione beni.	BASSO
	Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Locazione e Comodato d'uso. Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Concessione dei Beni.	ALTO
	Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Aggiornamento dei Regolamenti di Gestione del Patrimonio.	BASSO
	Gestione patrimonio di proprietà e/o in uso all'ente: Gestione beni storici e artistici.	ALTO
	UTM Piano triennale degli interventi di manutenzione.	BASSO
	UTM Progettare e gestire interventi di manutenzione (idraulica, elettrica ed edile) ordinaria e straordinaria. Riguardano in grande misura la struttura Toti (RSA e Casa di riposo), la palazzina uffici e spazi comuni del comprensorio istituzionale.	BASSO
	UTM Gestione del Magazzino Tecnico (Piccola attrezzatura e materiale di consumo).	ALTO
	Gestione dei sinistri (attivi e passivi).	MEDIO
	Gestione sistemi informativi: Costituzione architetture e infrastrutture informatiche dell'ente; Gestione del sistema informativo, gestione agenda digitale.	MEDIO



F) CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Pianificazione e gestione del documento di valutazione dei rischi (DVR).	BASSO
	Gestione rapporti con l'amministrazione finanziaria.	BASSO
	Gestione reclami.	MEDIO
G) INCARICHI E NOMINE	Conferimento di incarichi di collaborazione (Conferimento di incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, per prestazioni d'opera. Incarichi attribuiti ex art. 7, comma 6, D.lgs. n. 165/2001).	MEDIO
H) AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Incarichi legali: Conferimento di incarichi a professionisti e studi legali.	ALTO
	Incarichi legali: Consulenza e assistenza legale.	MEDIO
	Recupero Crediti.	ALTO
I) AREA OSPITALITÀ E DEGENZA	Gestione del ricovero.	MEDIO
	Gestione Somministrazione Farmaci.	BASSO
	Gestione Rifiuti Speciali.	BASSO
	Gestione Rifiuti Non Sanitari.	BASSO
	Gestione Decesso Ospite: Sottoscrizione convenzione per gestione camera mortuaria: Affidamento a titolo gratuito.	MEDIO

Fase della Ponderazione dei rischi corruzione.

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di *"agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione"* (UNI ISO 31000:2010 Gestione del rischio – Principi e linee guida).

In altre parole, la fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

⇒ le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;

⇒ le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Per quanto riguarda **le azioni** da intraprendere, una volta compiuta la valutazione del rischio, dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti. Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di rischio residuo, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. La determinazione del rischio residuo è preceduta dalla determinazione del rischio inerente ovvero il rischio associato al processo/attività sensibile in assenza delle misure di prevenzione (il rischio inerente associato è sempre alto per ragioni prudenziali ma soprattutto in ragione del fatto che – in sede di calcolo di tale rischio – non si considerano le misure di mitigazione adottate dall'Organizzazione). Successivamente, per la determinazione del rischio residuo, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'organizzazione valutandone l'idoneità e l'effettiva applicazione. Per quanto riguarda, invece, la definizione delle priorità di trattamento, nell'impostare le azioni di prevenzione si tiene conto del livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente (rischio residuo) e procedere in ordine via via decrescente, partendo dalle attività che presentano un'esposizione più elevata successivamente fino ad arrivare al trattamento di quelle che si caratterizzano per un'esposizione più contenuta.

2.3.7 Trattamento del rischio – misure di prevenzione (uni iso 37001:2016 – punti 6, 7 e 8)

Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Si precisa – a tale riguardo – che i presidi anticorruzione adottati da IRSM rappresentano elementi di gestione del rischio identificati ed implementati tenendo in debita considerazione:

- ✓ la normativa anticorruzione (L. n. 190/2012, D.lgs. n. 33/2013, D.Lgs. n. 39/2013, PNA, linee guida e provvedimenti ANAC, Codice dei Contratti Pubblici);
- ✓ la norma UNI ISO 37001:2016.

Come chiarito dal PNA 2019, *“la fase di individuazione delle misure deve quindi essere impostata avendo cura di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili”*.

L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione tiene conto della distinzione tra **misure generali e misure specifiche**. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per

l'incidenza su problemi specifici. È importante sottolineare che l'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" della sottosezione del PIAO sui rischi corruttivi/SGPC UNI ISO 37001: tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale degli strumenti di compliance anticorruzione dell'IRSM.

La fase di individuazione delle misure è propedeutica alla programmazione delle misure stesse, la quale richiede l'indicazione:

- ✓ delle modalità/fasi qualora la misura sia particolarmente complessa e necessità di plurime azioni di attuazione e presuppone il coinvolgimento di plurime funzioni aziendali;
- ✓ della tempistica di attuazione della misura;
- ✓ funzioni responsabili di attuazione;
- ✓ indicatori di monitoraggio e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

L'individuazione e la programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresenta una parte fondamentale della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e del SGPC UNI ISO 37001. Le attività di analisi del contesto e di valutazione del rischio sono infatti propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure.

Come indicato nell'All. n. 1 del PNA 2019 (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi), ci sono misure che possono essere individuate sia come generali che specifiche. Trattasi dei seguenti presidi:

- ✓ controllo;
- ✓ trasparenza;
- ✓ definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- ✓ regolamentazione;
- ✓ semplificazione;
- ✓ formazione;
- ✓ sensibilizzazione e partecipazione;
- ✓ rotazione;
- ✓ segnalazione e protezione;
- ✓ disciplina del conflitto di interessi;
- ✓ regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza può essere programmata come misure "generale" o come misura "specifica". Essa è generale quando insiste trasversalmente sull'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza

(es. la corretta e puntuale applicazione del D.lgs. n. 33/2013) mentre il presidio è specifico in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima "opachi" e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

A tal proposito, è opportuno rilevare che IRSM – al fine di intervenire sull'opacità dei processi:

- ✓ ha elaborato procedure ed istruzioni operative dirette a rendere evidente il funzionamento dei processi aziendali;
- ✓ ha inserito tra gli obiettivi programmatici, il raggiungimento di maggiori livelli di trasparenza.

A questo proposito, è necessario fornire ulteriori chiarimenti sui concetti di misure "obbligatorie" e misure "ulteriori" previste nel PNA. Le prime sono definite come tutte quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative; le seconde, invece, sono correlate in maniera specifica ai processi aziendale, sono parte integrante del PIAO ovvero del SGPC UNI ISO 37001 a valle della valutazione dei rischi specifici propri dell'Organizzazione.

MISURE DI CONTROLLO (UNI ISO 37001:2016 – Punti 6.1 e 8.1)

Le azioni e le misure di prevenzione della corruzione specifiche per il triennio 2025-2027 (in continuità del PIAO 2024-2026) che incidono su problemi individuati tramite l'analisi del rischio sono contenute nelle tabelle di identificazione e programmazione delle misure allegate al PIAO (All. 4).

Oltre alle specifiche azioni previste per ogni Settore, distinte per tipologia di processo/procedimento e per tipologia di rischio, di seguito vengono riportate le misure generali, (di governo di sistema) che incidono, cioè, sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione e attività che hanno riflessi positivi sulla prevenzione della corruzione. Si tratta di attività che hanno carattere trasversale in parte già attuate dall'Ente e che, in alcuni casi, necessitano di essere coordinate con quanto previsto dalla Legge n. 190/2012.

A supporto del perseguimento degli obiettivi del presente piano è da considerare il sistema dei controlli interni.

Il sistema dei Controlli Interni segue (UNI ISO 37001:2016 – Controlli non finanziari – Punti 6.1 e 8.4)

L'istituzione di un sistema integrato dei controlli, anche in relazione alla verifica della regolarità amministrativa e contabile degli atti, tanto in fase preventiva quanto in fase successiva, rappresenta un valido strumento di prevenzione della corruzione.

È stato approvato il Regolamento di contabilità che comprende il Sistema dei Controlli Interni, approvato con Deliberazione del Consiglio n° 8 del 19 febbraio 2021 pubblicato nella sottosezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale, sottosezione I "Disposizioni Generali", sottosezione II "Atti Generali".

Il predetto Regolamento disciplina compiutamente le attività di controllo che devono essere svolte in fase preventiva e le modalità di svolgimento dei controlli successivi di regolarità amministrativa.

Nel corso del 2023, inoltre, l'Istituto ha provveduto ad adottare, con la Determina Direttoriale n. 679 del 20/11/2023, apposite *"Linee Guida sul Sistema di Controllo Interno dell'ASP IRSM"* finalizzate ad una efficace identificazione, misurazione, gestione e contenimento dei principali rischi che possano compromettere il buon esito delle attività istituzionali.

Le medesime Linee guida sono state diffuse a tutti gli uffici mediante formale trasmissione con nota prot. n. 8505/2023 e sono pubblicate nella sottosezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale, sottosezione I *"Disposizioni Generali"*, sottosezione II *"Atti Generali"*.

Le attività di controllo interno sono infine integrate dai controlli di competenza dell'Organo di revisione che secondo l'art. 19, comma 3, dello Statuto dell'IRSM *"controlla l'amministrazione dell'ASP garantendo la regolarità amministrativa, contabile, patrimoniale e finanziaria della gestione dell'ente nonché la rappresentazione corretta dei fatti di gestione"*.

Controlli Preventivi

Il controllo di legittimità e regolarità amministrativa, nella fase preventiva, viene esercitato sulle deliberazioni, determine e, più in generale, su tutti i provvedimenti amministrativi.

Il controllo di regolarità amministrativa in fase preventiva sulle proposte di deliberazioni del Consiglio, che non siano meri atti di indirizzo, è esercitato dal dirigente o dal responsabile di servizio con il rilascio del parere di regolarità tecnica, con il quale si garantisce la regolarità e la correttezza della proposta di deliberazione da adottare e del procedimento a questa presupposto, attraverso una verifica effettuata sia sul merito che sul rispetto delle procedure.

Il controllo di regolarità amministrativa in fase preventiva su ogni altro atto amministrativo è svolto da ciascun responsabile del servizio attraverso la stessa sottoscrizione dell'atto, con la quale perfeziona il provvedimento.

Tra i controlli preventivi occorre richiamare le verifiche di legittimità espletate dalla Regione Lazio mediante l'organo preposto alla vigilanza delle ASP al quale tutte le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona sono tenute a trasmettere gli atti indicati ex art. 2 e 3 del Regolamento Regionale del Lazio n. 21 del 6 novembre 2019 ai fini dell'ottenimento del nulla osta regionale.

Controlli successivi

In particolare, rilevante ai fini dell'analisi delle dinamiche e prassi amministrative in atto nell'ente, è il controllo successivo sugli atti che si colloca a pieno titolo fra gli strumenti di supporto per l'individuazione di ipotesi di malfunzionamento, sviamento di potere o abusi, rilevanti per le finalità del presente piano.

Il controllo successivo viene eseguito, nel rispetto delle micro-organizzazioni attualmente vigenti e stabilite dalla Determina Direttoriale n. 371 del 1° giugno 2022, dell'Ufficio Internal Audit, con l'obiettivo di supportare gli organi gestionali dell'Ente nelle attività di miglioramento continuo

dell'azione amministrativa e di contribuire a rendere uniformi i comportamenti nella redazione degli atti amministrativi.

L'attività di sviluppo e miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei controlli interni proseguirà anche nel triennio 2025 – 2027.

I Controlli finanziari – (UNI ISO 37001:2016 - Punti 6.1 e 8.4)

I controlli finanziari sono esercitati dal responsabile del servizio finanziario attraverso il rilascio del parere di regolarità contabile sulle proposte di deliberazione che comportino riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente e attraverso l'apposizione del visto attestante la copertura finanziaria sulle determinazioni che comportino impegno contabile di spesa, assunte dai responsabili dei servizi.

Tutto il sistema dei controlli finanziari e contabili è disciplinato dal Regolamento di contabilità, approvato con Deliberazione del Consiglio n. 8 del 19 febbraio 2021.

Misure per la gestione delle risorse umane (UNI ISO 37001:2016 - Punti 6.1 e 7)

Programmazione del fabbisogno di personale – assunzioni (7.2.2)

L'Istituto Romano di San Michele predispone il proprio Piano Triennale del Fabbisogno del Personale e il piano annuale (oggi ricompreso all'interno del PIAO quale sua sottosezione), in coerenza con le disposizioni della L. n. 449/1997, del D.lgs. n. 267/2000, del D.Lgs. n. 165/2001, della Legge n. 296/2006 e del D.M. 08-05-2018 recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

La selezione del personale avviene tramite le modalità indicate nel "*Regolamento per la disciplina dei concorsi dell'Istituto Romano di San Michele*" approvato con Decreto del Commissario Straordinario n. 43 del 2 dicembre 2019. Attualmente il predetto regolamento è in fase di aggiornamento e verrà adottato nel corso del 2025 si provvederà all'aggiornamento del predetto regolamento con una elaborazione maggiormente orientata al potenziamento dei meccanismi di prevenzione dei fenomeni corruttivi.

All'atto dell'assunzione, contestualmente alla sottoscrizione del contratto individuale di lavoro, verrà consegnato ad ogni dipendente:

- il codice disciplinare
- il codice di comportamento dei dipendenti pubblici ed il codice integrativo dell'ente;
- la Politica prevenzione della corruzione ISO 37001 dell'IRSM.

Gestione delle presenze del personale (UNI ISO 37001:2016 - Punto 6.1)

La gestione delle presenze del personale costituisce potenzialmente attività a rischio corruttivo. L'omesso controllo sull'attività di rilevazione della presenza del personale sia a livello decentrato che centrale può, infatti, favorire comportamenti illeciti quali lo scambio di cartellini, l'effettuazione

di ore straordinarie di lavoro non preventivamente autorizzate e il non corretto inserimento di timbrature da parte dei dipendenti.

Si ricorda che il personale attesta la propria presenza in servizio utilizzando il proprio badge e che, ai sensi del T.U. sul pubblico impiego (D.lgs. n. 165/2001), *“si applica comunque la sanzione disciplinare del licenziamento”* relativamente alla *“falsa attestazione della presenza in servizio, mediante l’alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustificazione dell’assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa o che attesta falsamente uno stato di malattia”*.

L’IRSM ha adottato, come stabilito nel PIAO 2023 - 2025, un nuovo software gestionale per la rilevazione presenze/assenze che permette a tutti i singoli dipendenti di poter eseguire le richieste di ferie, riconoscimento degli straordinari, giustificativi e permessi, automatizzando il processo di rilevazione del personale e tracciando formalmente ogni operazione eseguita sullo stesso programma dal dipendente e dall’Ufficio Personale.

Misure di carattere generale (UNI ISO 37001:2016 – Punti 6.1 e 8.1)

Le misure generali per la prevenzione della corruzione – così come identificate dal PNA - sono le seguenti:

- ✓ Trasparenza;
- ✓ Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi;
- ✓ P.T.P.C. (oggi Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO);
- ✓ Codice di comportamento ed etico;
- ✓ Misure alternative alla rotazione ordinaria;
- ✓ Misure dettate dalla legge n. 97/2001;
- ✓ Rotazione straordinaria;
- ✓ Rispetto della disciplina in materia di svolgimento di incarichi d’ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali;
- ✓ Rispetto della disciplina in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- ✓ Rispetto della disciplina in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
- ✓ Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- ✓ Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

A tali misure si aggiungono altri presidi a cui è possibile ricollegare la valenza mitigatrice analoga a quella relativa alle misure generali in quanto idonei a gestire il rischio associato ai vari processi aziendali. Trattasi dei seguenti presidi:

- ✓ SGPC UNI ISO 37001;
- ✓ Politica prevenzione della corruzione;

- ✓ Regolamentazione del processo e segregazione di funzioni;
- ✓ Tracciabilità delle attività di processo (documentazione a supporto anche oggetto di protocollo);
- ✓ Esistenza di un sistema di deleghe e procure coerente con le responsabilità aziendali;
- ✓ Sistema sanzionatorio;
- ✓ Audit interni e monitoraggio;
- ✓ Controllo analogo, disciplinato dal Regolamento Controllo Analogo;
- ✓ Regolamentazione di ruoli e competenze in ottica anticorruzione;
- ✓ Definizione di plurimi livelli di controllo: RPCT/FCPC per la Prevenzione della Corruzione; OIV;
- ✓ Flussi verso RPCT/FCPC;
- ✓ Dichiarazioni di rispetto della politica prevenzione della corruzione.

Di seguito vengono elencate le principali misure generali applicate dall'IRSM.

Trasparenza

All'interno del presente PIAO, nella presente sottosezione, è stata riportata la sezione sulla Trasparenza dell'IRSM contenente ruoli, azioni e tempi per l'anno 2025 ed il triennio 2025-2027.

Misure di definizione e promozione dell'etica - codice di comportamento (UNI ISO 37001:2016 – Punti 7.2.2 e 8.7)

Il Codice di Comportamento rappresenta un momento importante nell'attuazione delle norme anticorruzione e ne costituisce uno degli strumenti.

Come stabilito dal PTPCT 2022-2024 l'IRSM ha provveduto, con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 38 del 29 dicembre 2022, ad aggiornare il proprio Codice di Comportamento, adeguandolo alla Linee guida ANAC approvate con Delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, sostituendo il codice previgente ed accorpandolo al proprio codice etico, dopo aver svolto una procedura di consultazione intercorsa tra l'Ente, l'OIV, l'UPD, gli utenti esterni (mediante apposito avviso pubblico posto in evidenza sulla home page del sito web istituzionale) e le organizzazioni sindacali.

Il documento predetto a seguito dell'adozione è stato pubblicato nella apposita sottosezione dell'Amministrazione Trasparente del sito istituzionale e diffuso tra tutti i dipendenti dell'Ente, oltre che consegnato alle organizzazioni sindacali. Il predetto Codice è consegnato, inoltre, a tutti i neo assunti al momento della sottoscrizione del contratto. Annualmente l'ASP San Michele provvede a somministrare almeno un corso di formazione obbligatoria l'anno in materia di anticorruzione rivolto a tutti i dipendenti contenente nozioni giuridico-etiche afferenti alla condotta dei dipendenti pubblici, oltre ad eventuali altri corsi nel corso dell'anno rivolti a singoli dipendenti individuati in base ai ruoli ricoperti dagli stessi.

La violazione degli obblighi previsti dal Codice di Comportamento integra i comportamenti contrari ai doveri d'ufficio dando luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente. È fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni previsti dall'art. 15 del Codice di Comportamento dell'IRSM.

Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi e gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.

Il rispetto del Codice di Comportamento da parte di tutti i dipendenti e dei Dirigenti e Funzionari Responsabili di Uffici/Servizi, è fondamentale per il buon andamento dell'azione amministrativa.

Formazione del personale (UNI ISO 37001:2016 – Punto 7.3)

Il Piano della Formazione, quale sottosezione del presente PIAO, prevede specifici corsi di approfondimento incentrati su materie di interesse dell'Istituto, ripartiti tra i dipendenti in base alle specifiche aree di competenza, nonché in materia di anticorruzione, diritto di accesso, privacy, procedimento amministrativo, normativa sul procedimento amministrativo, tecniche di redazione atti e contratti pubblici, incarichi legali e aspetti legali dell'attività lavorativa, il cui destinatario sarà tutto il personale.

Nell'arco del 2024 sono stati somministrati corsi di approfondimento ripartiti tra i dipendenti per singola area di interesse, afferenti alla digitalizzazione (mediante la messa a disposizione a favore di tutti i dipendenti di una piattaforma digitale di formazione in materia di transizione digitale – nota prot. n. 6309/2024), all'anticorruzione, alla sicurezza sui luoghi di lavoro, alla contrattualistica pubblica, gestione del personale, in materia di gestione documentale nonché ai corsi ECM per tutto il personale sanitario.

Rotazione degli incarichi (UNI ISO 37001:2016 – Punto 6.1)

Pur nella consapevolezza che la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta uno degli strumenti più importanti di prevenzione della corruzione, tale strumento risulta difficilmente praticabile in relazione alle ridotte dimensioni dell'Ente e alla necessità di preservare un'efficiente ed efficace funzionalità dell'Istituto.

Valutata la struttura dell'Ente risulta non sempre facile coniugare il principio della rotazione degli incarichi, ai fini della prevenzione della corruzione, con l'efficienza degli uffici, visto il numero non elevato di addetti, l'attuale assenza dei due dirigenti (amministrativo e sanitario) previsti dal fabbisogno (con sostituzione nelle loro funzioni eseguita dal Direttore) e la complessità dei procedimenti trattati da ciascun ufficio, tale per cui la specializzazione, in particolare dei responsabili di servizio, è elevata e l'interscambio potrebbe compromettere la funzionalità della gestione amministrativa.

Nel corso del 2024, a seguito del perfezionamento della fusione per incorporazione dell'IRASP da parte dell'IRSM, quest'ultimo è stato interessato dalla mobilità interna di alcuni dipendenti tra le due sedi del San Michele (la sede di P.le Antonio Tosti 4, per il servizio di Casa di Riposo e RSA, e la nuova sede in Via Giuseppe Antonio Guattani n. 17, per il servizio diurno Alzheimer) che hanno coinvolto svariati servizi/uffici (Risorse Umane, Tecnico-Manutenitivo e Progettazione, Bilancio e Rendicontazione, Patrimonio e Beni Storico Artistici, Casa di Riposo/RSA, servizio diurno

Alzheimer e servizio autisti) con riferimento anche ad alcuni responsabili di ufficio (ex IRASP). Tra le misure alternative alla rotazione, è prassi consolidata presso l'Ente, quella di prevedere, oltre la precisa individuazione del soggetto proponente, una "doppia sottoscrizione" degli atti amministrativi adottati a mezzo software gestionale da parte del soggetto cui compete l'istruttoria e di quello titolare del potere di adozione del provvedimento finale come previsto dal punto 5 dell'All. 2 al PNA 2019. In aggiunta, l'Istituto, in alternativa alla rotazione, come consigliato dalla Determinazione ANAC n. 8 del 17/06/2015, punta alla realizzazione della distinzione delle competenze (cd. "segregazione delle funzioni") che attribuisce a soggetti diversi i compiti di: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare le decisioni prese; d) effettuare verifiche. Nello specifico l'attività istruttoria viene rilasciata al soggetto istruttore la quale viene validata dal responsabile del procedimento. L'atto amministrativo viene caricato sul sistema informatico di adozione degli atti con tutta la documentazione dell'istruttoria per permettere la verifica degli adempimenti espletati in primis alla ragioneria e in ultimo al Direttore/Dirigente che firma l'atto. Le verifiche successive agli affidamenti di contratti pubblici/convenzioni/consulenze-collaborazioni sono rilasciate al DEC, al DL o a persona designata, i quali devono rilasciare relazioni attestanti la regolarità delle prestazioni eseguite dall'operatore economico/collaboratore/consulente. In ultimo le verifiche a campione ex post vengono eseguite dall'Ufficio Internal Audit.

L'Ente assegnerà ad altro servizio il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, con motivazione adeguata del provvedimento con cui sarà disposto lo spostamento:

- per il personale non dirigenziale, la rotazione si riferirà ad una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio;
- per il personale dirigenziale, si intenderà la revoca dell'incarico dirigenziale oppure l'attribuzione di altro incarico.

Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali

La concentrazione di incarichi in capo ad un unico soggetto, soprattutto se extra-istituzionali, può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse, che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e costituire, a loro volta, sintomo di fatti corruttivi.

La disciplina degli incarichi extra-istituzionali conferiti a dipendenti pubblici, nel precedente PIAO prevista per il dicembre 2024, è stata rinviata al dicembre 2025 dato il basso numero dei tipi di affidamento in questione (nel corso del 2022 solo n. 2, nel corso del 2023 solo n. 1 e nel corso del 2024 nessun incarico) e l'elevato carico di lavoro da cui è interessato l'Ufficio del Personale.

Astensione in caso di conflitto di interesse (UNI ISO 37001:2016 – Punti 5.3.3, 6.1 e 7.2)

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti e il provvedimento finale, devono astenersi dal compimento dell'atto in caso di conflitto di interessi, segnalando la relativa situazione, anche solo potenziale, ai loro superiori gerarchici. Nel caso in cui lo svolgimento della singola istruttoria e/o l'adozione del singolo parere

tecnico non possa essere adottato dall'altro responsabile di servizio, nel rispetto e nei limiti delle competenze, della regolamentazione interna e degli atti statutari, tale funzione verrà avocata dal soggetto superiore diretto di grado al fine di permettere l'ordinario svolgimento delle attività istituzionali. Problematiche di sostituzione si presentano per la figura del Direttore Generale poiché, in assenza della presenza nella struttura dei Dirigenti Amministrativo e Sanitario previste dal fabbisogno, già ricopre le funzioni ed esplica le competenze di pertinenza di queste due figure dirigenziali mancanti comportando l'impossibilità di delega a soggetti superiori di grado sussistendo specifiche limitazioni previste dallo Statuto in materia di competenze del CDA. Ciò nonostante il Direttore Generale dovrà, in osservanza all'art. 6-bis della L. n. 241/1990, provvedere all'immediata comunicazione formale nei confronti del CDA di eventuali situazioni di conflitto di interessi che lo riguardino, così che il Consiglio stesso possa valutare l'opportunità o meno di concedere al Direttore di poter procedere con l'adozione dell'atto direttoriale oggetto di segnalazione. L'Ente sta provvedendo a risolvere la mancanza di dirigenti con l'attuale espletamento di un concorso da Dirigente Amministrativo (conclusione prevista per il mese di febbraio 2025) al quale seguirà nel 2027, come stabilito dal Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2025-2027 adottato con Deliberazione del CDA n. 27 del 13 dicembre 2024, l'avvio di un secondo concorso per l'individuazione di un Dirigente dell'Area Servizi alla Persona. Nel PIAO 2024-2026 era stato stabilito che al fine di potenziare eventuali controlli diffusi contro i fenomeni di conflitto di interessi l'Istituto avrebbe provveduto a partire dal 2024 alla pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale dei CV dei componenti delle commissioni di concorso, delle commissioni giudicatrici e dei RUP nelle relative sottosezioni "Bandi di Concorso" e "Bandi di Gara e Contratti". Occorre osservare che nell'arco dello scorso anno è stato svolto un solo concorso con la nomina di una commissione composta esclusivamente da componenti esterni e nessuna gara pubblica. L'Istituto provvede ad identificare i componenti di commissione come consulenti e collaboratori per i quali l'Ente ha provveduto, nel 2024, al rispetto degli obblighi di trasparenza ex art. 15 del D. Lgs. n. 33/2013, tra i quali quella della pubblicazione del CV. Quanto precedentemente previsto nel PIAO 2024-2026 e immediatamente sopra riportato in merito ai RUP dovrà essere attuato nel corso del 2025. Per quanto afferisce alle procedure concorsuali previste per il triennio 2025-2027 il RUP dovrà provvedere ad analizzare e confrontare i CV dei soggetti richiedenti la partecipazione al concorso con quelli degli eventuali componenti delle relative commissioni prima della nomina delle stesse, al fine di individuare, prevenendole, eventuali situazioni di conflitto di interessi. Nel caso di nuovi conferimenti dirigenziali e/o nomine, si osservano le disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013.

Al fine di evitare situazioni di conflitto di interessi il Direttore/ il responsabile dell'Ufficio Personale/ il Responsabile dell'Ufficio competente per oggetto procederanno all'acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi rese da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio, della nomina a RUP, ovvero all'atto dell'avvio di attività istruttoria diretta all'emanazione di atti che attribuiscono vantaggi di qualsiasi sorta a soggetti terzi. L'aggiornamento delle suddette dichiarazioni verrà eseguito con cadenza periodica, ricordando a

tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate. Nel PIAO 2024-2026 sono stati adottati i moduli afferenti al conflitto di interessi e svolgimento altri incarichi (al quale è seguita la comunicazione di diffusione a tutti i responsabili recante il prot. n. 2571/2024) che i singoli RUP hanno provveduto a somministrare nel corso dell'anno ai consulenti e collaboratori per essere poi pubblicati nella sottosezione Amministrazione Trasparente, sottosezione I "Consulenti e Collaboratori", sottosezione II "Anno 2024".

Inconferibilità per incarichi dirigenziali e incompatibilità
per particolari posizioni dirigenziali

Il D. Lgs. n. 39/2013 ha introdotto disposizioni riguardanti l'incompatibilità e l'inconferibilità dell'incarico di dirigente o amministratore pubblico per coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per un reato contro la pubblica amministrazione, per coloro che nei due anni precedenti abbiano ricoperto determinate cariche politiche, oppure siano stati presidente o amministratore delegato di un ente di diritto privato in controllo pubblico, oppure abbiano svolto in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'ente conferente, o, infine, siano titolari di cariche pubbliche.

Il Responsabile dell'Ufficio Personale, competente all'istruttoria propedeutica al conferimento degli incarichi, verifica sistematicamente nel corso dell'anno l'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi ai sensi del D.Lgs.n.39/2013. Inoltre, i bandi e gli avvisi di conferimento degli incarichi sono integrati con l'inserimento delle condizioni ostative al conferimento e l'obbligo per i soggetti interessati di rendere, al momento del conferimento dell'incarico, la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità.

L'accertamento dell'insussistenza delle ipotesi di inconferibilità avviene al momento del conferimento dell'incarico mediante verifica della dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi e con gli effetti del DPR n. 445/2000.

Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013. Tale dichiarazione è resa tempestivamente dall'interessato ogni qualvolta intervenga una modifica rispetto a quanto dichiarato.

Inoltre, il responsabile di ciascuna struttura trasmette prontamente al RPCT e al Responsabile dell'Ufficio Personale, eventuali notizie, anche se prive di riscontro, di ipotesi di incompatibilità relative al personale assegnato. Il RPCT verifica l'eventuale sussistenza di situazioni di incompatibilità, la contesta all'interessato e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti previste ex-lege. Nel corso del 2024 non sono state riscontrate situazioni di inconferibilità e incompatibilità ricadenti in capo ai vertici dell'Ente.

Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage; revolving doors)

La legge 190/2012 ha introdotto nell'ambito dell'articolo 53 del d.lgs. 165/2001 il comma 16-ter, il quale stabilisce: "i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi e

negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri". Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

La violazione della norma comporta la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti ed il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di stipulare contratti con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni nonché l'obbligo di restituzione dei compensi riferiti agli stessi eventualmente percepiti ed accertati.

Al fine di dare attuazione a tale divieto, si prevede quanto segue:

- inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- somministrazione del nuovo patto di integrità, aggiornato con Determina Direttoriale n. 617 del 27/10/2023, a tutti gli operatori economici che entrino in contatto con l'IRSM (regolarmente somministrato, nel corso del 2024, a tutti i fornitori destinatari di un affidamento e conservato nei relativi fascicoli);
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere entro un determinato termine ritenuto idoneo dall'amministrazione (ad esempio nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico), con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

L'amministrazione/ente effettua verifiche in via prioritaria nei confronti dell'ex dipendente che non abbia reso la dichiarazione d'impegno.

Nell'ambito delle proprie verifiche, l'amministrazione/ente può raccogliere informazioni utili ai fini della segnalazione ad ANAC circa l'eventuale violazione del divieto di pantouflage, anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui l'ente abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali (ad es. Telemaco, INI-PEC). Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di pantouflage, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmette ad ANAC una segnalazione qualificata contenente le predette informazioni.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

La misura mira ad evitare la presenza di soggetti condannati, anche in via non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, all'interno di organi amministrativi cui sono affidati poteri decisionali.

Come espressamente previsto dall'art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001, tali soggetti:

- a) non possono far parte, neppure con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, con funzioni dirigenziali o direttive (categoria D), 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;
- c) non possono far parte di 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.

La violazione delle norme sopra indicate si traduce nell'illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

In ottemperanza al DPR 445/2000 l'Ufficio Personale provvede all'espletamento delle verifiche sulla veridicità delle autodichiarazioni rese a mezzo richiesta del casellario giudiziale e dei carichi pendenti.

Tutela del dipendente che segnala gli illeciti (whistleblower) (UNI-ISO 37001:2016 – PUNTO 8.9)

Ogni soggetto che venga a conoscenza di comportamenti illeciti o del mancato rispetto delle disposizioni contenute nel presente piano e nella normativa correlata è tenuto a fornire tempestiva segnalazione al responsabile della prevenzione, anche per il tramite del dirigente.

Originariamente la tutela del dipendente segnalante era prevista dall'art. 54 bis, rubricato "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", il c.d. whistleblower, poi modificato dalla L. n. 179/2017. L'Unione Europea ha successivamente licenziato la Direttiva Europea 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione, al fine di creare uno standard minimo per la protezione dei diritti dei whistleblowers in tutti gli stati membri alla quale l'Italia ha dato attuazione con il D. Lgs. del 10 marzo 2023, n. 24.

Antecedentemente all'approvazione del D. Lgs. n. 24/2023, nel settore pubblico, la regolamentazione del whistleblowing era garantita dall'art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001. Quest'ultimo disponeva espressamente il divieto di ripercussioni per il pubblico dipendente qualora segnalasse al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, all'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC) o all'Autorità giudiziaria, condotte illecite da lui apprese. Per quanto concerne il settore privato, invece, la disciplina veniva dettata dalla Legge 179/2017. Tale provvedimento richiedeva alle società del settore privato con modelli organizzativi ex D. Lgs. n. 231/2001 di dotarsi obbligatoriamente di canali di segnalazione delle condotte illecite ritenute rilevanti ai sensi della

normativa. Allo stesso tempo, le imprese avevano l'onere di garantire il divieto di atti ritorsivi o discriminatori nei confronti del whistleblower per le segnalazioni effettuate. Il D. Lgs. n. 24/2023 ha abrogato tali disposizioni e imposto una rilettura della disciplina. Il nuovo documento, riconosce infatti alle segnalazioni un ruolo chiave nella prevenzione delle violazioni normative e assicura ai segnalanti di imprese sia pubbliche che private, una tutela più strutturata. Il decreto aggiorna così la legislazione italiana, armonizzandola con quelle che sono le norme del Parlamento europeo e del Consiglio circa la protezione delle persone che segnalano violazioni del Diritto dell'Unione e di disposizioni normative nazionali. Con il D. Lgs. n. 24/2023 aumentano infatti le condotte meritevoli di segnalazione; la disciplina prevista dal decreto si estende infatti anche alle violazioni che possano ledere gli interessi dell'Unione Europea. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. In continuità con il passato, vengono annoverate anche *“le condotte illecite rilevanti ai sensi del Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o violazioni dei modelli di organizzazione e di gestione”*. Rimangono, invece, escluse dal decreto le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di sicurezza e difesa nazionale.

Il D. Lgs. n. 24/2023 amplia l'ambito di applicazione soggettivo della disciplina in materia di whistleblowing. Con questo nuovo decreto, sono adesso inclusi tra i soggetti tutelabili anche collaboratori autonomi, liberi professionisti, volontari, azionisti e amministratori. Il Decreto differenzia inoltre gli enti destinatari della nuova disciplina in *“soggetti del settore pubblico”* e *“soggetti del settore privato”*. Per soggetti del settore pubblico si intendono le amministrazioni pubbliche, le Autorità indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione, gli enti pubblici economici, gli enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, gli organismi di diritto pubblico, i concessionari di pubblico servizio e le società in house, anche se quotate. I soggetti del settore privato vengono individuati, invece, *“in negativo”* rispetto a quelli del settore pubblico. Il D. Lgs. n. 24/2023 li circoscrive, rivolgendosi, in particolare, a una serie di casi, ovvero:

- realtà aziendali in cui la media dei lavoratori impiegati sia inferiore alle 50 unità. In questi casi, il whistleblower può segnalare condotte illecite rilevanti ai sensi del D. LGS. 231/2001 o violazioni del modello organizzativo, facendo ricorso al solo canale di segnalazione interno;
- enti con una media di lavoratori superiore alle 50 unità dove il whistleblower ha la possibilità di segnalare, oltre alle violazioni contemplate dalla nuova normativa, anche quelle attinenti al diritto dell'Unione Europea. L'ente può fare ricorso a tutti i canali di segnalazione di cui al D. Lgs. n. 24/2023.

Rispetto alle norme preesistenti, che contemplavano il solo uso di canali di segnalazione interni, il decreto introduce ulteriori modalità attraverso cui il whistleblower può comunicare gli illeciti di cui sia venuto a conoscenza. Il documento amplia infatti i canali a disposizione, prevedendone uno di segnalazione esterna, predisposto e gestito dall'ANAC.

Per quanto riguarda i canali di segnalazione interna sia enti pubblici sia di privati vengono loro richieste massima tutela e riservatezza circa l'identità del segnalante e della persona coinvolta o menzionata. Il decreto affida, poi, la gestione della segnalazione a una persona o a un ufficio aziendale interno, autonomo e costituito da personale specificatamente formato o, in alternativa, ad un soggetto esterno equivalentemente qualificato. Il decreto dispone, inoltre, che:

- l'ente è tenuto a rilasciare al whistleblower un avviso di ricevimento della sua segnalazione dopo l'inoltro di quest'ultima ed entro sette giorni dalla ricezione;
- il soggetto a cui è affidato il canale ha il compito di mantenere i contatti con il segnalante, dando seguito alla segnalazione e fornendo riscontro al whistleblower entro tre mesi dalla data di ricezione di quest'ultima.

La normativa definisce la modalità con cui i dipendenti devono essere resi edotti sull'esistenza di questi canali di informazione, ovvero gli Enti interessati devono pubblicare un'informativa chiara ed esplicativa circa procedure e presupposti necessari ad effettuare eventuali segnalazioni, sia interne che esterne, rendendole facilmente reperibili con la pubblicazione sul sito istituzionale.

Per quanto afferisce alla tutela del segnalante il D. Lgs. n. 24/2023 stabilisce che **l'identità del whistleblower non potrà essere rivelata, se non con l'espresso consenso del segnalante stesso**, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni, espressamente autorizzate a trattare tali dati. Il diritto alla riservatezza, tuttavia, non ha portata assoluta: l'ampiezza della tutela riconosciuta all'identità del whistleblower varia, infatti, a seconda delle disposizioni che regolano i possibili procedimenti (penale, civile, disciplinare) in cui la persona potrà trovarsi coinvolta. Nel caso specifico delle **segnalazioni che abbiano comportato l'instaurazione di un procedimento penale**, la riservatezza del whistleblower è tutelata nei limiti previsti dall'art. 329 c.p.p.. La disposizione impone l'obbligo di segretezza degli atti delle indagini preliminari sino al momento in cui l'indagato non abbia il diritto ad averne conoscenza - e comunque non oltre la chiusura di tale fase. Sempre in tema, il D. Lgs. 24/2023, **conferma le garanzie contro ritorsioni e discriminazioni** nei confronti del segnalante e **introduce un'ulteriore forma di tutela per il whistleblower**, questa volta **in sede processuale**. Il documento dispone infatti in capo al soggetto che abbia posto in essere tali condotte, un'**inversione dell'onere probatorio**, imponendogli di **dimostrare che siano state attuate per ragioni estranee alla segnalazione**, alla divulgazione o alla denuncia.

Al fine di conformarsi alla predetta normativa l'IRSM si è dotato, nel corso del 2023, di apposito canale criptato messo a disposizione dalla piattaforma Openblow in modalità Saas alla Società Laser Romae S.r.l., il cui portale è liberamente accessibile dalla sottosezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale www.irmsm.it, sottosezione I "Altri Contenuti", sottosezione II "Whistleblowing". Inoltre è stata resa liberamente consultabile, sempre nella medesima sottosezione, apposita procedura di gestione delle segnalazioni, adottata con Determina Direttoriale n. 606 del 25/10/2023, con relativa Disposizione di Servizio del Direttore n. 7/2023, successivamente aggiornata con Disposizione di Servizio del Direttore n. 7/2024 a seguito della nomina del nuovo

RPCT, indicante i soggetti competenti a trattare le singole segnalazioni ricevute. Al fine di rendere edotto tutto il personale della presenza della nuova piattaforma per le segnalazioni interne dell'Istituto, l'Ente ha erogato, a seguito dell'adozione della medesima, a tutti i dipendenti, con l'ausilio dell'azienda fornitrice del software, due giornate formative, della durata di un'ora circa a giornata, afferenti al funzionamento della piattaforma e ai profili giuridici del whistleblowing.

Misure di carattere specifico (UNI ISO 37001:2016 – Punti 6.1, 6.2 e 8)

Come già rilevato, l'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione è stata realizzata tenendo conto della distinzione tra misure generali e misure specifiche, le quali sono correlate ai singoli processi aziendali.

Di seguito, per la maggior parte dei processi aziendali sono state individuate:

- le attività sensibili;
- le possibili condotte a rischio corruzione;
- le misure specifiche di gestione del rischio;
- le figure aziendali responsabili del processo/funzioni coinvolte;
- i flussi informativi verso RPCT/OIV.

Si precisa che la gestione dei flussi da inviare alle suddette figure è a carico della figura aziendale responsabile del processo (es. la gestione dei flussi dei processi che riguardano le risorse umane sono a carico dell'ufficio risorse umane).

Nella matrice allegata al presente Piano, facente parte integrale e sostanziale dello stesso, sono individuate per i processi/attività di ogni Area le misure di prevenzione da attuare nel prossimo triennio.

2.3.8 Risultanze attività di controllo anno 2024

Nel corso del 2024 si sono effettuati:

- n. 3 monitoraggi sugli adempimenti in materia di trasparenza relativi alle pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente, di cui n. 2 verifiche generalizzate eseguite dall'Ente regionale deputato alla vigilanza sulle ASP (note prott. nn. 1651/2024 e 3114/2024) e n. 1 verifica da parte dell'OIV su specifiche sottosezioni identificate dall'ANAC con Atto del Presidente ANAC del 1° giugno 2024;
- n. 1 monitoraggio semestrale per ogni Area di rischio da parte dell'Ufficio Internal Audit (IA) che, nel rispetto delle "Linee Guida sul Sistema di Controllo Interno dell'ASP IRSM" approvate con la Determina Direttoriale n. 679 del 20/11/2023, ha avviato la propria analisi prendendo le mosse dalla pianificazione e dall'apposita calendarizzazione degli audit riportata all'interno del Piano di Audit (prot. n. 2224/2024). A seguito dei vari incontri tenutisi con i Responsabili di Servizio/Posizioni Organizzative (RS/PO), attraverso l'attività di auditing è stato possibile avviare la verifica, eseguita in collaborazione tra l'Ufficio Internal Audit e il Gruppo di lavoro di ausilio all'RPCT, della conformità degli atti/processi alle norme e alle procedure introdotte, valutando

altresì l'adeguatezza, l'affidabilità e la funzionalità dei processi in relazione alle finalità perseguite e il grado di conoscenza delle procedure da parte dei dipendenti coinvolti, nell'ottica di un miglioramento continuo. Considerato l'elevato numero delle misure previste dal PIAO 2024-2026, del rinnovato processo di monitoraggio delle stesse introdotto con le predette Linee Guida, nonché le risorse a disposizione dell'Ente, le interviste condotte da parte dell'Ufficio Internal Audit ai singoli Uffici hanno riguardato quelle che presentano un livello di rischio "medio" e "alto"; per le misure con livello di rischio "basso", invece, i singoli Uffici hanno compilato apposite schede di autovalutazione somministrate dall'Ufficio Internal Audit. Come riportato nella prima relazione semestrale dell'Internal Audit (prot. n. 6037/2024), le attività degli Uffici, per la maggior parte delle misure previste, sono risultate in linea con le tempistiche di realizzazione previste dalla Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza. Partendo dall'analisi della documentazione acquisita, l'Ufficio IA e il Gruppo di lavoro di ausilio al RPCT hanno presentato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione osservazioni per migliorare/modificare le misure preposte alla gestione del rischio corruttivo contenute nel PIAO 2024-2026. Per ogni processo/attività sono stati presi in considerazione diversi fattori per valutare l'efficacia delle singole misure. In caso di applicazione della misura ne è stata proposta la conferma e, in alcuni casi, un aggiornamento al fine di rendere la misura ancor più sfidante, ovvero per fare in modo che la stessa vada anche oltre rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente. Invece, in caso di ritardo/impossibilità attuativa della misura, una volta analizzate le motivazioni fornite dai Responsabili di Servizio/Posizioni Organizzative (RS/PO), è stata proposta la modifica/eliminazione della stessa. Pertanto sono state proposte varie modifiche al fine di favorire una più chiara riconduzione delle specifiche misure alla relativa Area di rischio e di individuare eventuali ulteriori elementi informativi e/o gli strumenti necessari a contestualizzare le varie misure previste dal PTPCT. Tali modifiche sono intervenute in diverse sezioni ("area di rischio", "processo/attività", "misure", "indicatori di monitoraggio", "tempi di realizzazione" e "ufficio responsabile"). Oltre quanto sopra è stata analizzata la possibilità di procedere alla sospensione di alcune misure per la loro inapplicabilità proponendone l'eliminazione al RPCT. In totale è emersa l'esigenza di procedere alla soppressione di n. 11 misure perché considerate ridondanti, di eccessivamente complessa applicazione o di eccessivo appesantimento dell'azione amministrativa, come attestato dalla documentazione dell'Ufficio Internal Audit prodotta nel corso dell'anno.

Le principali criticità riscontrate nell'applicazione delle misure sono riconducibili:

- all'avvio nel corso del 2024 di un nuovo processo di fusione per incorporazione, con la quale l'ASP IRSM ha assorbito un'altra ASP denominata Istituti Riuniti Aziende Servizi alle Persone (c.d. IRASP), la quale ha contribuito all'aumento del carico di lavoro dei singoli uffici comportando per gli stessi, in taluni casi, dei ritardi e delle criticità nell'applicazione puntuale delle misure anticorruptive previste dal PIAO 2024-2026. Oltre quanto sopra vi è da aggiungere che nel corso del 2024 si è assistito alla variazione del vertice gestionale-amministrativo dell'Ente,

- accompagnata dalla successiva nomina del nuovo RPCT, che ha generato ulteriori rallentamenti nell'attività amministrativa dell'Istituto;
- in continuità con l'annualità precedente, al cumulo degli incarichi di Direttore, componente UPD, componente del comitato di risk management sanitario, Responsabile della Qualità del SGQ ISO 9001, RPCT dell'Ente nonché l'avocazione delle funzioni di Dirigente Amministrativo e Sanitario, figure previste dal fabbisogno ma attualmente assenti, con i conseguenti molteplici e gravosi impegni che caratterizzano ciascuno dei ruoli richiamati, hanno reso particolarmente complesso l'esercizio dei compiti attribuiti da legge al medesimo responsabile della prevenzione della corruzione. Il tutto ulteriormente aggravato dalla nomina di un nuovo Direttore dell'Ente che ha determinato una fase di passaggio di consegne tra il vecchio Direttore/RPCT, il Dott. Liberati, e il nuovo Direttore/RPCT, il Dott. Serafino Giuliani.

Infine occorre segnalare che nessuna contestazione o criticità è stata avanzata o sollevata in materia di trasparenza dall'OIV e che eventuali carenze riscontrate dalla Regione Lazio (Ente preposto dalla normativa regionale all'esercizio delle attività di vigilanza sulle ASP in materia di anticorruzione e trasparenza) sono state prontamente sanate nel corso dell'anno 2024.

Al fine di permettere un adeguato monitoraggio di primo livello afferente allo stato di attuazione delle misure caratterizzate da un rischio basso e sulla loro relativa idoneità, viste le dimensioni contenute dell'Ente e le risorse limitate a sua disposizione, sono state programmate con il piano di Audit, in linea con quanto previsto dal PIAO 2024-2026, rendicontazioni semestrali di autovalutazione, da eseguirsi a mezzo apposita modulistica consegnata ai responsabili di servizio/ufficio, finalizzate ad illustrare l'attività espletata dai singoli uffici.

Nel corso del 2025 il monitoraggio continuerà ad essere svolto secondo le modalità che sono state seguite nel corso del 2024. Il RPCT eseguirà, inoltre, verifiche a campione mediante richieste di rendicontazioni, a campione e periodiche, dirette a ottenere chiarimenti, ovvero ad accertare che il singolo ufficio stia provvedendo alla corretta attuazione delle misure preventive.

Per poter realizzare un modello di gestione del rischio corruttivo diffuso nell'organizzazione (c.d. modello di prevenzione a rete), i responsabili degli uffici e i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT e all'Ufficio di Internal Audit. Laddove disatteso, tale dovere, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

2.3.9 Trasparenza – riferimenti normativi (Art. 10 Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33)

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;

- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

Il D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, costituisce la principale fonte normativa in materia di trasparenza e ai fini della stesura del presente programma.

Le altre fonti di riferimento sono rappresentate da:

- le delibere n. 105/2010 e n. 2/2012 della CIVIT, che definiscono il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma, a partire dall'indicazione dei dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle amministrazioni e delle modalità di pubblicazione;
- le linee guida per i siti web della PA del 29 luglio 2011, previste dalla direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, che hanno inteso suggerire alle PA criteri e strumenti per la riduzione dei siti web pubblici obsoleti e per il miglioramento di quelli attivi, in termini di principi generali, modalità di gestione, aggiornamento e contenuti minimi;
- la legge n. 190/2012 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* che all'art. 1 c. 15 stabilisce che la trasparenza sia assicurata mediante pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali;
- il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15/05/2014, recante *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”*;
- il D. Lgs. n. 97/2016 recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- la Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5, comma 2, del D. Lgs. n. 33/2013”*;
- la Determina ANAC n. 1310 del 28/12/2016 *“Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”*;
- la circolare n. 2 del 30 maggio 2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, relativa all'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA);
- la circolare n. 1/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, relativa all'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA), che integra la precedente;
- la pronuncia dell'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato 2 aprile 2020, n. 10, che enuclea principi di diritto e linee interpretative in materia di accesso ai dati ed ai documenti amministrativi;
- la Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 con la quale è stato adottato il PNA 2022;
- il D. Lgs. n. 36/2023 recante *“Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”*;

- la Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023 recante *“Adozione del provvedimento di cui all’articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale”*;
- la Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii. recante *“Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1)”*;
- la Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 recante *“Adozione comunicato relativo all’avvio del processo di digitalizzazione”*;
- la Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 con la quale è stato aggiornato il PNA 2022;
- la Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 recante *“Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi”*.

2.3.10 Misure per l’ampliamento della trasparenza

In materia di Trasparenza, l’Istituto Romano di San Michele ha inserito nella Home Page del proprio sito web istituzionale, in virtù del D. Lgs. n. 33/2013, una sezione denominata Amministrazione Trasparente facilmente accessibile a tutti i cittadini.

La suddetta sezione è strutturata nel rispetto dell’Albero della Trasparenza così come articolato dall’allegato 1 della Delibera dell’ANAC n. 1310/2016, adottata dalla stessa in attuazione dell’art. 48 del D. Lgs. n. 33/2013.

L’Istituto negli ultimi anni ha profuso particolare impegno nell’adeguamento del proprio sito alle prescrizioni dettate dall’ANAC in materia di trasparenza, tanto da avviare un processo di sistematizzazione degli adempimenti dettati dal D. Lgs. n. 33/2013, basandosi su uno schema di pubblicazione decentrato con verifiche sulla qualità del dato e sulla corretta pubblicazione del medesimo eseguite ex post dal RPCT.

Il predetto processo di sistematizzazione, ricompreso nel più ampio contesto di digitalizzazione e ammodernamento dei sistemi informativi dell’Ente, ha portato all’adozione, nel corso del 2021 e in attuazione delle relative prescrizioni previste dal PTPCT 2021-2023, di un apposito software per la gestione documentale che costituisce l’ulteriore passo in avanti per il perfezionamento di un sistema gestionale della trasparenza basato sul decentramento, ovvero sulla capacità di ogni soggetto apicale e/o responsabile di servizio di poter procedere con la pubblicazione automatica in Amministrazione Trasparente dei singoli atti di propria competenza adottati dall’Ente.

Annesso al software per la gestione documentale, profilato nel corso del 2021, si è provveduto all'adozione e alla messa in funzione, nel corso del 2022, della estensione del medesimo per quanto riguarda i flussi documentali, permettendo una totale informatizzazione dell'iter di adozione delle Determine e delle Ordinanze, nonché di conservazione digitale delle stesse. A quanto predetto si aggiunge che nel corso del 2024 si sono concluse le attività di rielaborazione del sito istituzionale con il rifacimento dell'intera sezione dell'Amministrazione Trasparente, anche al fine di adempiere in modo più preciso e puntuale ai nuovi obblighi stabiliti con il PNA 2022 aggiornato al 2023.

In ottemperanza a quanto previsto nel PTPCT 2022 – 2024, quale strumento di rafforzamento della trasparenza dell'Ente, l'Istituto Romano di San Michele ha provveduto, nel corso del 2022, all'apertura di una propria pagina Facebook e Instagram, direttamente gestite dall'Ufficio Comunicazione, utilizzate altresì per un potenziamento della pubblicizzazione delle attività istituzionali. La gestione dei relativi profili, quale misura di ampliamento della trasparenza, è stata eseguita anche nel corso di tutto il 2024 da parte dell'Ufficio Comunicazione dell'Istituto.

Tra gli strumenti già in uso all'interno dell'Ente, in ottemperanza alle relative normative vigenti, vi è l'Albo Pretorio *on line*, con link di collegamento facilmente individuabile nella *Home Page* del sito istituzionale, diretto a garantire la dovuta pubblicità legale degli atti adottati dall'Istituto, in particolare di quelli relativi all'indizione di gare per l'affidamento di lavori, servizi e forniture pubbliche, agli esiti di procedure di gara, all'approvazione di convenzioni con soggetti pubblici e privati, all'affidamento di incarichi esterni, all'emissione di bandi per selezione di personale attraverso mobilità e concorsi pubblici e ai relativi esiti, ai regolamenti e agli avvisi, per il periodo minimo fissato dalla legge di 15 giorni.

In linea con quanto stabilito dal PIAO 2024-2026, a seguito dell'aggiornamento del sito web istituzionale, al fine di garantire una maggiore visibilità dei contenuti del sito e ricevere feedback per il miglioramento continuo dei medesimi, sono stati inseriti un sistema di rilevazione del gradimento degli utenti sulla funzionalità e sui suoi contenuti, un contatore di accessi nonché, nel rispetto delle Linee Guida AGID sull'accessibilità dei siti web istituzionali della PA, due widget finalizzati all'accessibilità di persone disabili ipovedenti e daltoniche.

A seguito dell'adozione del D. Lgs. n. 36/2023 si è assistito ad un ulteriore aggiornamento in materia di Trasparenza nei contratti pubblici. La disciplina che dispone sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene oggi all'art. 37 del D. Lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti all'art. 229, comma 2. Tali novità sono state recepite nel PNA 2022 con l'adozione dell'aggiornamento al 2023 del medesimo, eseguito con la Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023. In particolare, nelle Delibere ANAC nn. 261 del 20 giugno 2023 e 264 del 20 giugno 2023, l'ANAC ha fornito chiarimenti sulle modalità applicative in merito ai nuovi obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici ai quali le amministrazioni si sarebbero dovute adeguare dal 1° gennaio 2024.

Nel corso del 2024 l'Istituto ha provveduto a dare seguito ai predetti obblighi mediante il software di e-procurement già in uso dal 2021 presso l'Ente, software accreditato presso il Registro delle

Piattaforme Certificate ANAC, grazie al quale si è potuto procedere alla digitalizzazione dell'intero ciclo dei contratti pubblici del San Michele e pubblicare i dati richiesti sulla BDNCP.

Oltre a quanto sopra si riporta che con Determina Direttoriale n. 399 del 22 giugno 2023 l'Istituto ha provveduto a nominare il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (c.d. RASA) quale misura organizzativa di trasparenza, nel rispetto del dettato dell'art. 33-ter del D.L. 179/2012 e del Comunicato ANAC del 28.10.2013. Il RASA del San Michele ha provveduto ad eseguire l'ordinario aggiornamento annuale dei dati dell'IRSM sull'AUSA, in occasione dell'adempimento all'obbligo di comunicazione all'ANAC del possesso da parte del San Michele di una piattaforma di approvvigionamento digitale (nota prot. n. 423/2024).

Con Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 l'Autorità ha adottato n. 3 schemi (All. 5 dalla lett. "A" alla "C") di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, prevedendo l'obbligo per le amministrazioni di adeguare i propri siti web ai predetti schemi entro 12 mesi dall'adozione della medesima Delibera. Per quanto sopra nel corso del 2025 l'Istituto provvederà ad adeguarsi modificando le sottosezioni afferenti all'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis del D. Lgs. n. 33/2013), all'organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13 del D. Lgs. n. 33/2013) e ai dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (art. 31 del D. Lgs. n. 33/2013).

2.3.11 Accesso civico

Il D. Lgs. n. 97/2016 ha modificato e integrato il D. Lgs. n. 14 marzo 2013 n. 33, con particolare riferimento al diritto di accesso civico, formalizzando le diverse tipologie di accesso ad atti e documenti da parte dei cittadini:

- **accesso civico "generalizzato"** che determina il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione;
- **accesso civico "semplice"** correlato ai soli atti ed informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione (art. 5 D. Lgs. n. 33/2013);
- **accesso documentale** riservato ai soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà che l'ordinamento attribuisce loro, a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari (artt. 22 e ss. L. n. 241/90).

Coesistono dunque nell'ordinamento tre diverse forme di accesso (generalizzato, civico e documentale), ognuna delle quali ha discipline e scopi distinti dalle altre.

Le modalità di attivazione dell'accesso civico generalizzato, l'iter e le limitazioni e le esclusioni all'accesso, così come dettagliate nella Determinazione ANAC n. 1309 del 28/12/2016 "*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 3 del d. lgs 33/13*", sono state recepite dall'Istituto, come pubblicato nell'apposita sottosezione dell'Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale. L'Istituto ha provveduto, nel corso del

2023, ad aggiornare la relativa modulistica basandosi sui modelli dell'ANAC, disponibile nella sottosezione I "Altri Contenuti", sottosezione II "Accesso Civico", con l'aggiunta, in quest'ultima sottosezione, della rappresentazione della procedura operativa seguita dall'IRSM nel rispetto dei dettami normativi. Infine, nel 2024, l'Ente ha aggiornato il registro degli accessi (aggiornato a cadenza semestrale) presente nelle predette sottosezioni.

2.3.12 Coinvolgimento ed ascolto degli *stakeholders*

La pubblicazione del presente aggiornamento all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" assicura la conoscenza e la partecipazione all'azione strategica e gestionale aziendale a tutti i portatori di interesse.

I principali portatori di interessi, con particolare riferimento alla trasparenza, all'integrità e alle azioni di coinvolgimento sono identificabili nei seguenti gruppi di soggetti:

- **Ospiti e loro familiari:** si coinvolgerà il Comitato degli utenti della Casa di Riposo e RSA. Nel corso del periodico incontro, si potrà proporre uno specifico oggetto di discussione relativo alla trasparenza, sia in riferimento alle informazioni di interesse sul sito internet istituzionale che, più in generale, sulle informazioni a disposizione dell'utenza;
- **Personale:** si coinvolgeranno le Organizzazioni Sindacali e il R.S.U. dell'Ente. Nel corso del periodico incontro si potrà proporre uno specifico oggetto di discussione relativo alla trasparenza, sia in riferimento alle informazioni di interesse sul sito internet istituzionale, che su eventuali iniziative sull'integrità;
- **Volontariato:** si coinvolgeranno i volontari dell'Ente mediante la proposta nel corso delle riunioni organizzative, di uno specifico oggetto di discussione relativo alla trasparenza, sia in riferimento alle informazioni di interesse sul sito internet istituzionale, che su eventuali iniziative sull'integrità.

A tal riguardo si segnala che l'Istituto ha provveduto ad adottare, con Determina Direttoriale n. 644 del 09/11/2023, attualmente in fase di aggiornamento, il "Piano di comunicazione per la prevenzione della corruzione", pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione I "Disposizioni Generali", sottosezione II "Atti Generali", del sito web istituzionale, il quale individua gli stakeholders di riferimento in modo tale da poter rispondere adeguatamente a ogni tipo di richiesta, attivandosi contestualmente per la predisposizione di iniziative di comunicazione che vadano a migliorare i rapporti con il contesto esterno, riducendo di conseguenza alcuni livelli di rischio di corruzione ad esso associati. La redazione del predetto documento ha la finalità, quindi, di contribuire alla corretta applicazione dei requisiti previsti dalle norme tecniche UNI ISO 37001:2016 e 9001:2015, supportando la policy aziendale di prevenzione della corruzione mediante il coinvolgimento dell'intera organizzazione e dei suoi portatori di interessi.

2.3.13 Processo di attuazione del programma

Il Direttore, in qualità di RPCT, provvede a far apportare le necessarie modifiche al sito, adeguandolo alla normativa di riferimento, se necessario anche mediante il personale recupero dei dati già presenti e la raccolta dei nuovi contenuti previsti, allocati nella sezione dedicata “Amministrazione Trasparente”.

Lo stesso, oltre ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi di propria competenza, monitora il costante aggiornamento e correttezza dei documenti prodotti e pubblicati dai dirigenti e dai responsabili di servizio rispetto alle eventuali integrazioni sopravvenute.

L’attuazione della presente sezione del PIAO afferente alla Trasparenza è verificata dal RPCT che vigila sul rispetto degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente da parte dei vari dirigenti e responsabili di servizio, i quali “*garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare*” (art. 43, comma 3, D. Lgs. n. 33/2013), concorrendo alla corretta attuazione del programma stesso.

Il RPCT segnala al vertice Istituzionale, all’Organo Indipendente di Valutazione (OIV) e all’ANAC, eventuali inadempienze (art. 43, commi 1 e 5 del D. Lgs. n. 33/2013).

Nella trasmissione, aggiornamento e pubblicazione dei dati sono coinvolti tutti i Dirigenti e i Funzionari dell’Istituto ciascuno con riferimento specifico ai procedimenti di propria competenza. La produzione dei documenti da sottoporre a pubblicazione deve essere improntata ai principi di correttezza, veridicità e attendibilità delle informazioni fornite, oltre alla ineludibile tempestività di aggiornamento dei dati elaborati.

La pubblicazione dei dati - sotto il profilo informatico - nonché la loro accessibilità e usabilità sono garantiti dall’Ufficio ICT in Staff alla Direzione.

Nella pubblicazione resta inteso il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D. Lgs 196/2003 e s.m.i..

I dirigenti e i responsabili di servizio assumono, pertanto, il ruolo di referenti aziendali per la trasparenza e sono quindi responsabili della tempestiva e regolare pubblicazione delle informazioni di pertinenza dei propri uffici.

Si individuano i seguenti soggetti, che si occupano della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati, per ciascun livello previsto dalla sezione “Amministrazione trasparente”:

SOTTOSEZIONE I

- Disposizioni generali: PRESIDENZA / DIREZIONE

SOTTOSEZIONE II

- Organizzazione: PRESIDENZA / DIREZIONE

SOTTOSEZIONE III

- Consulenti e collaboratori: UFFICIO PERSONALE / DIRIGENTI e/o

RESPONSABILI DI SERVIZIO CHE PROPONGONO
L'INCARICO

SOTTOSEZIONE IV

- Personale:

UFFICIO PERSONALE

SOTTOSEZIONE V

- Bandi di concorso:

UFFICIO PERSONALE

SOTTOSEZIONE VI

- Performance:

DIREZIONE / UFFICIO PERSONALE

SOTTOSEZIONE VIII

- Attività e procedimenti:

DIREZIONE

SOTTOSEZIONE IX

- Provvedimenti:

DIREZIONE

SOTTOSEZIONE XI

- Bandi di gara e contratti:

DIRIGENTI E RESPONSABILI UNICI DI PROGETTO

SOTTOSEZIONE XII

- Sovvenzioni, contributi, ecc.:

DIREZIONE / AREA ASSISTENZA /
UFFICIO PATRIMONIO / UFFICIO BILANCIO

SOTTOSEZIONE XIII

- Bilanci:

UFFICIO BILANCIO

SOTTOSEZIONE XIV

- Beni immobili e gestione patrim.:

UFFICIO PATRIMONIO

SOTTOSEZIONE XV

- Controlli e rilievi sull'amm.ne:

UFFICIO DI SEGRETERIA GENERALE

SOTTOSEZIONE XVI

- Servizi erogati:

AREA ASSISTENZA / UFFICIO AMMISSIONI

SOTTOSEZIONE XVII

- Pagamenti dell'amm.ne:

UFFICIO BILANCIO

SOTTOSEZIONE XXII

- Altri contenuti - Anticorruzione: RPCT
- Altri contenuti - Accesso civico: RPCT
- Altri contenuti - Privacy: RPCT / DPO
- Altri contenuti - Whistleblowing: RPCT
- Altri contenuti - Accessibilità e

Catalogo di dati, metadati e banche dati: UFFICIO ICT IN STAFF ALLA DIREZIONE

Per quello che afferisce alle restanti sottosezioni non richiamate si rappresenta che:

Sezione VII - Enti e società controllate: l'IRSM non ha enti e/o società controllate o partecipate;

Sezione X - Controlli sulle imprese: l'IRSM non rientra tra gli Enti obbligati;

Sezione XVIII - Opere pubbliche: l'IRSM non realizza opere pubbliche;

Sezione XIX - Pianificazione e governo del territorio: l'IRSM non ha tale adempimento;
Sezione XX - Informazioni ambientali: l'IRSM non rientra tra gli Enti obbligati a tale adempimento;
Sezione XXI - Interventi straordinari e di emergenza: l'IRSM non rientra tra gli Enti obbligati a tale adempimento.

Tutte le sottosezioni appena richiamate riportano pubblicata, nel rispetto delle direttive ANAC, apposita dicitura che indica la motivazione dell'assenza di documentazione.

Le azioni di monitoraggio sullo stato di attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza e delle relative misure attuative previste dal presente PIAO saranno oggetto di trasmissione all'OIV a supporto del medesimo Organismo ai fini dell'espletamento delle proprie mansioni di vigilanza.

L'OIV verifica, in ultima istanza, l'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di *audit* e trasferisce i risultati delle verifiche in un documento di Relazione annuale di validazione; documento da presentarsi al Vertice Istituzionale e pubblicarsi nella sezione "Performance" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'IRSM.

L'*audit* svolto dall'OIV è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, c. 9 del D. Lgs. n. 150/2009.

2.3.14 Contatti

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: Dott. Serafino Giuliani

Numeri telefonici: 06/51858216

Indirizzo di posta elettronica ordinaria: info@irmsm.it;

Indirizzo di posta elettronica certificata: istitutoromanosanmichele@pcert.postecert.it;

Indirizzo di posta elettronica certificata ad uso esclusivo del RPCT: anticorruzione@irmsm.postecert.it.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura Organizzativa

L'ASP Istituto Romano di San Michele ha una struttura organizzativa di tipo complesso in quanto consta di varie strutture sulla filiera dei servizi agli anziani e di un ampio patrimonio immobiliare da gestire.

Lo Statuto e il Regolamento di Organizzazione prevedono un Direttore al vertice di un funzionigramma che si divide in Aree, alla cui guida è previsto un Dirigente, a loro volta suddivise in Servizi e Uffici.

Le Aree sono dirette da un Dirigente specificatamente preposto od assunte sotto la diretta direzione del Direttore. Le aree sono le unità organizzative di massimo livello, complessi macro insiemi di processi richiedenti unitarietà di progettazione, programmazione, organizzazione e controllo. Questi processi sono realizzati dai Servizi interni alla singola area; ciascuno di questi si occupa di Settori diversi, suddivisi per ambito di intervento (Uffici).

I Servizi sono di norma unità organizzative svolgenti attività amministrative e gestionali omogenee, cui di regola è preposto un Responsabile, a ciò incaricato dal Dirigente di Area.

L'Ufficio è un raggruppamento omogeneo di attività e mansioni, riguardanti la stessa materia, fortemente interconnesse fra loro, di cui si occupano o coincidono o sono strettamente collegate fra loro.

Un Servizio si dice semplice se si occupa solo di Uffici appartenenti allo stesso ambito; quando, invece, la sua attività spazia su settori appartenenti a diversi ambiti viene definito Servizio Complesso.

In termini di risorse umane, la consistenza degli Uffici dipende dal carico di lavoro (consistenza delle attività).

A ciascun Servizio è di norma preposto un Responsabile, incaricato dal Dirigente a capo dell'Area di appartenenza. Il Responsabile deve possedere la qualifica di Funzionario/Istruttore Direttivo (cat. D amministrativo, tecnico o sanitario a seconda del Servizio di assegnazione), o superiore.

Il modello generale di organizzazione individuato assume natura transitoria in quanto è necessario che lo stesso sia periodicamente adeguato al fine di incrementare le capacità operative dell'ASP e, dunque, commisurato alle esigenze e alla domanda di servizi da parte della collettività, nonché alle contingenze legate alle priorità fissate dai documenti di programmazione.

La macro-struttura approvata nel corso della seduta del CDA del 19 novembre 2024, con la quale si è proceduto alla riallocazione delle sotto-articolazioni sulla base dei compiti istituzionali della Presidenza e della Direzione generale, risulta fundamentalmente invariata rispetto alla precedente, con l'unica rilevante modifica circa l'istituzione della Dirigenza Area Tecnica data la necessità di allocare competenze strategiche e specifiche in materia di progettazione e indizione di gare per l'affidamento di lavori e servizi.

La Direzione procederà all'adozione della Determina Direttoriale per l'atto aziendale di micro-organizzazione scaturente dal nuovo assetto organizzativo, declinando compiutamente gli ambiti operativi, le competenze e le responsabilità di tutti i Profili Professionali presenti nell'ASP e di quelli che si renderanno funzionali in esito al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2025-2027, nonché alla revisione dei relativi regolamenti.

Di seguito si descrivono, in breve, le articolazioni dell'ASP.

3.1.1 L'impianto organizzativo

La trasformazione in ASP consente all'Istituto Romano di San Michele di inserire, nella propria pluriennale esperienza, un nuovo modello di assistenza integrata al territorio, efficace ed appropriata per prendersi cura delle persone con bisogni socio-assistenziali e sanitari complessi. Per

questo occorre applicare i principi e le logiche aziendali richieste alle ASP dalle modifiche legislative e dall'evoluzione dell'ambiente di riferimento, affiancando al riconoscimento formale di soggetto ASP, la diffusione di responsabilità e di potere direzionale.

L'organizzazione dei servizi e del personale dell'ASP Istituto Romano di San Michele ha carattere strumentale rispetto al perseguimento degli scopi istituzionali e statutari, e si informa a criteri di buon andamento, imparzialità, economicità, efficienza ed efficacia.

L'assetto organizzativo/funzionale, aperto all'interazione con gli altri livelli istituzionali e con i soggetti della società civile, è determinato secondo rispondenza alle funzioni proprie di cui l'ASP è titolare e ai programmi decisi dal Consiglio di Amministrazione.

Gli organi dell'Azienda

Il Consiglio di Amministrazione si compone di 5 (cinque) membri compreso il Presidente, ha durata non superiore a 5 (cinque) anni ed i suoi componenti sono nominati, per non più di 2 (due) mandati consecutivi, dal Presidente della Regione Lazio e sono designati:

- il presidente del C.d.A. e due consiglieri da parte del Presidente della Regione Lazio;
- un consigliere da parte del Sindaco di Roma Capitale;
- un consigliere da parte del Presidente della Regione Lazio sulla base di una terna indicata dal Vicariato di Roma.

Il Consiglio di Amministrazione esercita la funzione di indirizzo politico-amministrativo dell'attività dell'ASP, nell'ambito delle proprie competenze, formulando attraverso l'adozione di regolamenti e deliberazioni di indirizzo, direttive e criteri di massima ai quali la dirigenza aziendale dovrà attenersi nell'esercizio delle funzioni gestionali di propria competenza; tali direttive costituiscono altresì il quadro di riferimento per la verifica dei risultati della gestione.

Il C.d.A. esercita l'attività di controllo in ordine alla effettiva attuazione delle direttive adottate, anche attraverso la verifica dei risultati e l'analisi di eventuali scostamenti in relazione a programmi aziendali definiti.

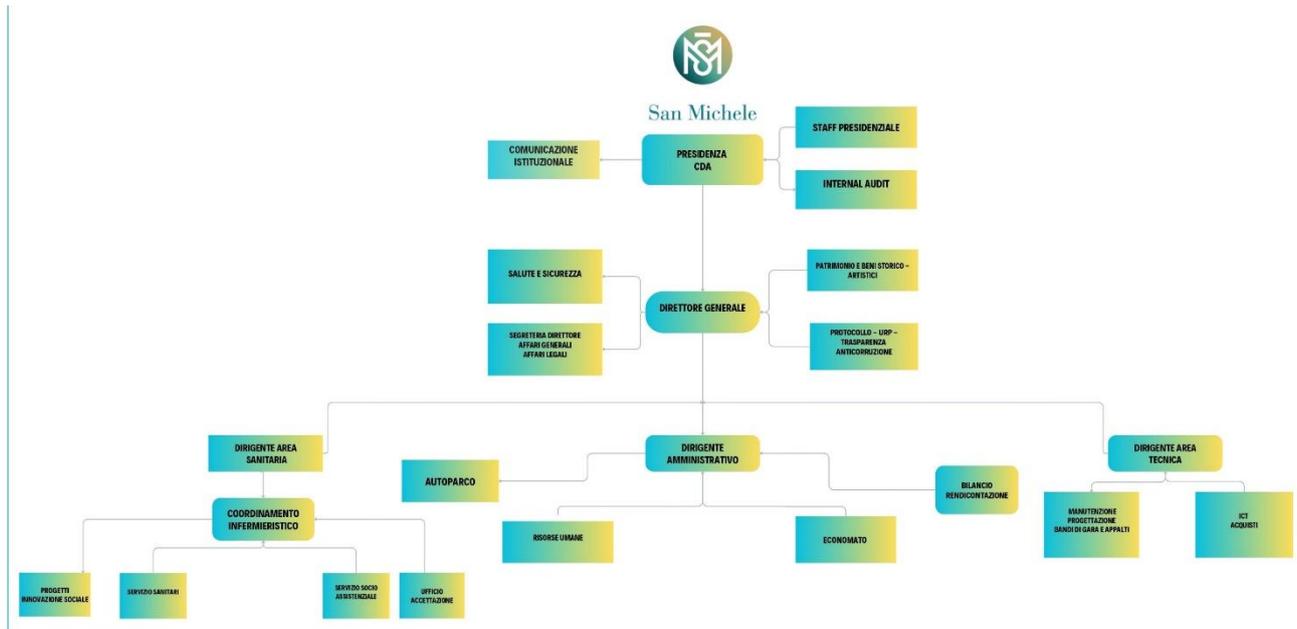
Sono pertanto da ricondursi nell'area a supporto del Consiglio di Amministrazione tutte le funzioni di assistenza dell'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi, tramite un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di *corporate governance*.

Al C.d.A. spetta definire, con apposito atto deliberativo, adottato su proposta del Direttore, l'articolazione della struttura organizzativa, la dotazione organica e la dotazione di risorse economiche e strumentali.

Gli Organismi dell'Azienda

- Organismo Indipendente di Valutazione
- Comitati e Commissioni aziendali

L'Istituto Romano di San Michele, a seguito della trasformazione da IPAB ad ASP, sta affrontando un processo progressivo di riorganizzazione finalizzato a ristrutturare l'impianto aziendale di uffici e processi di lavoro tale da conformarlo alla nuova natura giuridica. Di seguito l'assetto organizzativo dell'ASP che, come graficamente evidenziato nell'organigramma sotto indicato, è distinto in tre aree funzionali, alle quali risultano preposte figure dirigenziali:



Per aree non si intendono Aree con incarico di coordinamento sovrastrutturale.

Organigramma approvato con Delibera del CdA n. 26/2024, successivamente integrato con Delibera n. 28/2024

La Direzione

Afferiscono alla Direzione dell'ASP tutte le funzioni e le attività di pianificazione e di supporto al controllo di gestione, di comunicazione, di gestione della qualità, di innovazione dei processi produttivi e di controllo non ricomprese nelle attribuzioni della dirigenza o la cui gestione si connota per caratteristiche e necessità tali da essere ricondotte alla gestione e direzione della direzione strategica.

La Direzione agisce per creare valore in una visione sistemica di medio-lungo termine. L'operato trasversale tende a promuovere unitarietà tra i diversi ambiti di attività, interni ed esterni all'Azienda.

La Direzione supervisiona, guida e supporta le aree di attività legate ad adempimenti istituzionali/normativi trasversali, attraverso il coordinamento e il controllo del risultato sui temi quali: Anticorruzione e Trasparenza, Privacy, Pianificazione Programmazione e Controllo, Sicurezza, Qualità.

La Direzione supporta la Presidenza nella rappresentanza dell'ASP verso l'esterno e raccorda l'ASP al Consiglio di Amministrazione. Presidia la comunicazione interna, per il coinvolgimento dei dipendenti e allo stesso tempo la trasmissione dei valori e dei principi fondanti dell'Azienda.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'ASP ha approvato con determina n. 753 del 28/12/2023 le Procedure Operative per l'attuazione della disciplina del Lavoro da Remoto e per l'attuazione del Lavoro Agile.

Gli strumenti di adeguamento e accompagnamento tecnologico abilitano l'effettiva diffusione di un nuovo modo di concepire il lavoro.

È indubbio che l'introduzione della pratica del Lavoro Agile non possa prescindere da un upgrade delle dotazioni ICT nelle unità organizzative coinvolte e porti con sé incremento delle competenze digitali dei dipendenti.

In questo contesto si inserisce la necessità di individuare un percorso per la virtualizzazione delle postazioni di lavoro che permetta un maggior livello di conciliazione lavoro/vita privata per il tramite del lavoro agile.

Per la tipologia di servizio erogato il lavoro agile non può essere contemplato per tutti i profili professionali presenti in azienda.

L'unica area per la quale è possibile sviluppare un piano è quella amministrativa.

3.3 Piano Triennale del Fabbisogno del Personale

La forza lavoro presente in Azienda al 31/12/2024, articolata per personale a rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato distinta per genere, risulta essere la seguente:

<i>NUMERO DI UNITA' DI PERSONALE al 31.12.2024</i>		
AREA FUNZIONI LOCALI		
	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO
UOMINI	0	25
DONNE	3	28

AREA SANITA'		
	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO
UOMINI	0	8
DONNE	3	22
COMANDO		
	COMANDO	ASPETTATIVA
UOMINI	1	1
DONNE	4	

La forza lavoro a tempo indeterminato al 31.12.2024 distinta per Aree e Ente di provenienza a seguito della fusione per incorporazione dell'IRASP nell'IRSM avvenuta in data 07.11.2024, risulta essere la seguente:

DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO IN SERVIZIO AL 31.12.2024		
COMPARTO FUNZIONI LOCALI	I.R.S.M.	IRASP
Area del Personale di supporto	-	-
Area degli Operatori Esperti	17	5 (di cui 1 in comando)
Area degli Istruttori	9 (di cui 1 in comando)	3 (di cui 1 in comando)
Area dei Funzionari ed elevata qualificazione	11 (+ 1 in aspettativa non retribuita)	6 (di cui 2 in comando)
DIRIGENTI	1	-
COMPARTO AREA SANITA'	I.R.S.M.	IRASP
Area dei Professionisti della salute e Funzionari	11	-
Area degli Assistenti	-	-
Area degli Operatori	19	-
Area del Personale di supporto	-	-

Il D. Lgs. 75 del 25/05/2017 dispone che tutte le amministrazioni pubbliche devono approvare il piano del fabbisogno del personale, che costituisce il documento essenziale di riferimento per la definizione del modello organizzativo degli Enti a valenza triennale, da adottare annualmente. Le linee guida dell'8 maggio 2018 emanate dal Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione ribadiscono la centralità del PTFP, quale strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, rendendo il PTFP strumento programmatico, modulabile e flessibile, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse

umane necessarie all'organizzazione. Il PTFP si sviluppa in prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale. L'eventuale modifica in corso di anno del PTFP è consentita solo a fronte di situazioni nuove e non prevedibili e deve essere in ogni caso adeguatamente motivata.

È opportuno evidenziare la flessibilità che connota tale strumento di programmazione in una fase in cui l'ASP IRSM sarà potenzialmente oggetto di variazioni funzionali connesse alle emergenti necessità organizzative conseguenziali all'attuazione del processo di fusione per incorporazione con l'ASP IRASP promossa con la DGR n. 418 del 27 luglio 2023 dalla Regione Lazio e definitivamente attuata con la DGR n. 863 del 31 ottobre 2024. Con la Determina Direttoriale n. 716 del 08/11/2024 si è proceduto alla *Presa in carico dei dipendenti dell'ASP I.R.ASP, a seguito della fusione per incorporazione con l'ASP Istituto Romano di San Michele dichiarata con Deliberazione della Giunta Regionale 31 ottobre 2024, n. 863 "Fusione per incorporazione dell'Azienda Pubblica di servizi alla persona "I.R.ASP – Istituti Riuniti Azienda di Servizi alla Persona" nell'Azienda pubblica di servizi alla persona "Istituto Romano di San Michele", aventi entrambe sede in Roma Capitale e approvazione del relativo Statuto ai sensi della legge regionale 22 febbraio 2019, n. 2 e dell'articolo 15 bis del regolamento regionale 9 agosto 2019, n. 17"*. Tale "presa in carico", decorrente dalla data di pubblicazione sul BURL della citata DGR 863/2024 (avvenuta in data 7/11/2024), è stata perfezionata con la Disposizione di servizio n. 9/2024 con la quale l'ASP, nelle more dell'adozione della revisione del modello organizzativo, ha disposto l'assegnazione temporanea delle unità lavorative dell'IRASP in servizio effettivo presso la struttura di via Guattani 17, agli Uffici e Servizi dell'Istituto Romano di San Michele, al fine di garantire una migliore utilizzazione delle risorse umane funzionale alla progressiva omogenizzazione dei processi lavorativi e per supportare gli uffici impegnati nelle attività conseguenziali alla fusione stessa. E' opportuno evidenziare che all'atto della fusione (7/11/2024) erano in posizione di comando due unità lavorative ed erano già state autorizzate altre due assegnazioni temporanee della durata di un anno (una con decorrenza 18 novembre ed una con decorrenza 1° dicembre delle quali si è dovuto prendere atto).

Preso atto del Piano delle attività 2025/2027, è stata formalmente avviata la ricognizione annuale prevista dall'art. 33 del D. Lgs n. 165 del 30.03.2001 con nota prot. n. 7391/2024 con i Responsabili di Uffici e Servizi finalizzata alla predisposizione del PTFP 2025/2027 e, in esito ai riscontri pervenuti è stato predisposto l'allegato PTFP 2025/2027, tenuto conto dell'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di finalizzare l'organizzazione e la disciplina degli uffici, la loro consistenza e la variazione delle dotazioni organiche ad accrescere l'efficienza delle amministrazioni stesse, a razionalizzare il costo del lavoro pubblico nonché a realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane.

La nostra ASP dovrà affrontare radicali cambiamenti tesi all'ampliamento e alla diversificazione dell'offerta socio-assistenziale, all'inserimento nella rete dei servizi sociali territoriali con un'offerta più ampia di servizi offerti alla cittadinanza anche mediante l'avvio di specifici progetti orientati ai bisogni dell'utenza del territorio (v. Piano delle attività 2025/2027).

Il sistema socio-sanitario, peraltro, sta radicalmente mutando: i cambiamenti in atto sono legati alla necessità di perseguire criteri di economicità, di appropriatezza delle prestazioni, di efficacia e di efficienza. È pertanto, necessario sviluppare una cultura gestionale, ancora troppo poco orientata ad una dimensione di “azienda”, che passa attraverso un adeguamento delle professionalità di coloro che operano nella nostra ASP, soprattutto dei ruoli apicali, adeguamento finalizzato al raggiungimento di competenze gestionali in grado di mantenere l’azienda competitiva sul mercato per soddisfare le esigenze del cittadino e dell’utenza. A tal fine sarà elaborato un piano formativo funzionale al raggiungimento di tale obiettivo.

Nel dettaglio, si evidenziano di seguito le esigenze emerse in fase di adozione del PTFP 2025/2027 (delibera n. 27/2024 approvata e resa esecutiva dalla Regione Lazio in data 09/01/2025):

- 1) emerge una sola posizione di soprannumerarietà di personale (disposta in sede giudiziale per una delle posizioni dirigenziali), sulla quale bisognerà intervenire mediante l’attribuzione di incarico operativo al fine di una utilizzazione di tale risorsa funzionale alle necessità organizzative emergenti dalla citata fusione e dal Piano delle Attività 2025/2027;
- 2) nel corso del 2025, si procederà all’assunzione del vincitore del concorso pubblico per la copertura del posto vacante di Dirigente Amministrativo, ad oggi nelle fasi conclusive;
- 3) nel corso del 2025 mediante interpello/avviso (inconsiderazione dell’urgenza di disporre di tale funzione nella nuova organizzazione) sarà affidata a tempo determinato la posizione dirigenziale in Area Tecnica prevista nella nuova macrostruttura approvata dal CdA e parte integrante del Piano delle Attività 2025/2027; nelle more di tale incarico, sarà avviata la relativa procedura concorsuale per la copertura di tale ruolo a tempo indeterminato tenuto conto delle importanti attività progettuali che dovranno essere messe in campo con estrema urgenza, anche al fine di consentire l’avvio dei nuovi servizi previsti nel piano delle attività 2025/2027, che richiedono importanti adeguamenti strutturali;
- 4) sarà istituita la figura di Responsabile dei Servizi Socio-assistenziali sanitari in applicazione dell’art. 16 del vigente CCNL del Comparto Sanità;
- 5) si procederà nel 2025 alla copertura dei seguenti posti:
 - per quanto riguarda il profilo di Infermiere Professionale la dotazione complessiva programmata con 12 unità (incluso il Coordinatore) richiederà l’avvio della relativa procedura concorsuale per la copertura dei due posti vacanti (ad oggi coperti con contratti di lavoro flessibili);
 - per quanto riguarda il profilo di Istruttore Geometra, in considerazione delle necessità operative emergenti in esito all’acquisizione del patrimonio immobiliare e artistico dell’IRASP, sarà necessario integrare il fabbisogno con altre due unità che saranno reperite in esito alla procedura concorsuale pubblica;
 - per quanto riguarda il profilo di Istruttore Amministrativo si rende necessario procedere ad un importante investimento su tali profili che svolgeranno un irrinunciabile e fondamentale attività di supporto alla gestione operativa nei vari settori ove saranno destinati ad operare. Tre posizioni saranno destinate, mediante il passaggio tra Aree, al

- personale in servizio presso l'ASP in possesso dei requisiti e per le quali sarà avviata la procedura contrattualmente prevista e già oggetto di regolamentazione nell'ultima tornata contrattuale. Contestualmente sarà avviata una procedura concorsuale pubblica per la copertura delle altre tre posizioni che saranno coperte nel 2025 in esito all'approvazione della relativa graduatoria, mentre le altre due posizioni saranno coperte nel 2026. In esito all'approvazione della citata graduatoria potranno essere conferiti ulteriori incarichi a tempo determinato per sopperire le vacanze temporanee dei posti precedentemente coperti da personale in comando (pari a due unità);
- si provvederà inoltre per quanto attiene il profilo di Operatore Socio Sanitario
 - a) all'inquadramento nel CCNL Sanità di due unità OSS (ex Calestrini rientranti ad oggi nel CCNL Funzioni Locali) in applicazione dell'Accordo sull'unificazione contrattuale del personale stabilmente impiegato nell'Area Servizi alla Persona (RSA e CdR - rif. Decreto n. 157/2018);
 - b) previa indizione di procedura concorsuale, alla copertura nel corso del 2025 di sei posti di OSS (4 posti ad oggi sono coperti con contratti di lavoro flessibili e altri 2 per la copertura dei due posti che si renderanno vacanti dal 1° febbraio e dal 1° giugno per pensionamenti); è utile tener presente che un'altra unità è stata collocata a riposo nel corso del 2024 e nel frattempo sono emerse limitazioni funzionali di altri due OSS, ed un'altra unità è stata valutata definitivamente inidonea alla mansione;
 - c) in esito a quanto programmato al punto a), saranno soppressi i 3 posti di OSS (comparto Funzioni Locali) e la graduatoria del concorso pubblico di cui al punto b) sarà utilizzabile anche per il conferimento dei 4 incarichi a tempo determinato di OSS per il Servizio Post Comatosi (2 part-time a 25 ore e 2 part-time a 20 ore);
 - d) sarà infine, prorogato l'incarico a tempo determinato dell'OSS impiegato nel Centro Alzheimer Sant'Eufemia, in esito alla proroga semestrale del servizio stesso;
 - dal 2025 sarà incrementata a 5 unità la dotazione relativa al profilo di autista, tenuto conto della necessità di garantire il servizio per i post-comatosi (a tempo pieno e determinato), il servizio Alzheimer Sant'Eufemia (ex IRASP), il servizio di accompagnamento degli ospiti della Casa di Riposo e della RSA oltre che le frequenti esigenze di mobilità tra le due sedi dell'ASP (P.le A. Tosti e Via Guattani) e presso le unità immobiliari capillarmente diffuse non solo sul territorio della Capitale, e le ulteriori esigenze dell'amministrazione; sarà al riguardo attivata una procedura pubblica per un incarico a tempo indeterminato ed uno a tempo determinato per il servizio post-comatosi (tenuto conto della posizione di comando di una delle unità in dotazione) e un altro posto sarà coperto previa modifica del profilo professionale di appartenenza quale esecutore ai servizi generali (attualmente gli autisti in dotazione sono quattro, due dei quali assorbiti dall'I.R.ASP, e due dell'IRSM uno dei quali con attribuzione temporanea dell'incarico ma con un profilo professionale di Esecutore ai servizi generali);

- si procederà, inoltre, all'inquadramento nel posto di Portiere di un OSS divenuto definitivamente inidoneo alla mansione di assunzione (v. lett. b) e alla copertura con apposita procedura concorsuale nel 2026, di un ulteriore posto che si renderà disponibile in esito al collocamento a riposo di una unità;
 - nel 2026 sarà avviata una procedura pubblica per l'assunzione di un operario specializzato in esito al collocamento a riposo dell'unità attualmente assegnata al servizio tecnico manutentivo con profilo di Esecutore di supporto all'Ufficio Tecnico (profilo che sarà coperto con l'altra procedura concorsuale che sarà attivata nel 2026);
 - in considerazione della necessità di unificare la gestione dei magazzini (sanitario, tecnico e cancelleria) e della gestione informatica dello stesso, si provvederà nel corso del 2025 alla copertura del posto di magazziniere (Area operatori esperti), previa attivazione della relativa procedura concorsuale pubblica;
 - con procedura pubblica si provvederà nel 2025 alla copertura a tempo determinato del posto di Educatore Professionale (con anzianità triennale in ambito sociale) per le esigenze del Centro Alzheimer Sant'Eufemia (nelle more della conclusione del periodo di comando già concesso all'Educatrice a tempo indeterminato, ivi precedentemente impegnata); con la medesima graduatoria si provvederà al conferimento dell'incarico all'Educatore Professionale da impiegare sempre a tempo determinato e part-time per 20 ore settimanali al Servizio sperimentale post-comatosi;
 - sarà altresì, avviata nel corso del 2025 la procedura pubblica per il conferimento dell'incarico a tempo determinato part-time a 20 ore settimanali del Terapista Occupazionale per il Servizio sperimentale post-comatosi;
- 6) nel corso del 2027 sarà altresì avviata la procedura concorsuale per l'acquisizione della figura del Dirigente dell'Area Servizi alla Persona a tempo pieno e indeterminato, funzione ad oggi coperta ad interim dal Direttore dell'ASP.

Nelle more dell'attuazione dei percorsi e delle procedure sopra evidenziate, si provvederà alla copertura a tempo determinato (o, comunque, con contratti di lavoro flessibili) dei posti che si rendessero necessari per garantire livelli di assistenza coerenti con l'obiettivo del costante miglioramento dei servizi offerti all'utenza, mediante proroghe e/o rinnovi degli incarichi già in essere, utilizzo di graduatorie di altri enti pubblici o mediante l'avvio di procedure selettive pubblicizzate sulla piattaforma concorsuale dell'ASP.

Vedi tabella allegata sul PTFP2025/2027 (All. 6 dalla lett. "A" alla "D") approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione PTFP 2025/2027 in data 13/12/2024 (Delibera n. 27/2024), e le tabelle concernenti i costi da sostenere nell'arco del triennio di riferimento.



3.4 Formazione del Personale

3.4 Pianificazione triennale per la formazione del personale

3.4.1 Contesto di riferimento

Il Piano triennale per la Formazione del Personale costituisce il documento programmatico degli interventi formativi attraverso i quali l'ASP supporta la crescita professionale e valorizza il personale, favorendo il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione.

Il Piano, definisce le risorse e i percorsi formativi finalizzati allo sviluppo professionale e alla crescita organizzativa, in linea con gli obiettivi di performance e di miglioramento della qualità dei processi, aderenti alle linee d'indirizzo nazionali e regionali.

Di seguito i riferimenti normativi e contrattuali vigenti:

- art. 7, comma 4, del D. Lgs. n. 165/2001
- C.C.N.L. 16 novembre 2022 relativo al personale del comparto Funzioni Locali al Capo V – Formazione del personale;
- C.C.N.L. 2 novembre 2022 relativo al personale del comparto Sanità, al Capo VI – Formazione del personale
- C.C.N.L. 2 novembre 2022 Dirigenza Funzioni Locali del 16 luglio 2024 al Capo V;

Il Piano si inserisce all'interno del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione, si sviluppa in coerenza con il Piano delle attività 2025/2027 e dialoga con i documenti programmatici di sostenibilità economica, patrimoniale e finanziaria.

Il Piano Formativo Aziendale 2025, in continuità con il precedente, si pone come obiettivo la valorizzazione delle risorse umane, della qualità dei processi assistenziali, in un'ottica di miglioramento e sviluppo dell'organizzazione.

In forza degli approdi del recente passato e con lo sguardo rivolto al futuro, anche la programmazione formativa per l'anno 2025 si articola su una duplice matrice prospettica; da una parte, promuove il consolidamento delle competenze e del know-how specialistici sviluppati anche in contesto emergenziale; da altra parte, il piano rinnova l'impegno verso una progettualità formativa quanto più completa e capace di corrispondere in modo puntuale all'esigenza delle professionalità interne di accrescere le proprie conoscenze e competenze sia in termini qualitativi, sia in termini quantitativi. Inoltre attesa la conclusione del processo di fusione con I.R.ASP si provvederà ad individuare i percorsi formativi individuali per garantire anche ai dipendenti dell'ASP incorporata l'acquisizione di un adeguato livello di conoscenze e competenze lavorative specifiche in relazione all'ambito operativo di assegnazione.

L'ASP IRSM, storicamente impegnata nell'assistenza ai cittadini anziani più vulnerabili e bisognosi, persegue la sua mission istituzionale mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie integrate promuovendo contestualmente lo sviluppo di attività orientata alla prevenzione e alla cura delle "patologie dell'invecchiamento".

Il patrimonio professionale riveste, per l'azienda, un'importanza sempre crescente in accordo a quella che viene definita la nuova "economia delle risorse umane". Il segreto per lo sviluppo competitivo aziendale risulta sempre più insito nella risorsa umana che si distingue attraverso la capacità degli individui di acquisire, governare e applicare il patrimonio di conoscenze.

La Formazione diventa così lo strumento indispensabile per favorire la crescita professionale e al contempo il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'ASP. Gli obiettivi formativi, in continuità con il precedente Piano formativo, sono, correttamente allineati, integrati alla strategia e ai risultati desiderati e, mirano:

- allo sviluppo di competenze tecniche in base alle diverse tipologie disciplinari (c.d. hard), alle competenze trasversali (c.d. soft), nonché alla più ampia alfabetizzazione digitale;
- allo sviluppo culturale e accademico, correlato all'ambito di lavoro, per efficientare il sistema di progressione di carriera e valorizzazione professionale, ma anche per migliorare la qualità della risposta aziendale ai bisogni dell'utenza.

In particolare, anche per il PFA 2025, sarà focalizzata l'attenzione particolarmente sulle seguenti componenti progettuali:

- Assistenza socio sanitaria;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e della gestione amministrativa.

In questo contesto, la performance aziendale viene valutata come l'effetto di vantaggi competitivi sempre più legati al know-how interno ed alle Competenze acquisite e sviluppate nel tempo.

Nel prendere atto altresì della recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, Paolo Zangrillo, l'Ente a partire dal 2025 dovrà garantire a ogni dipendente la possibilità di partecipare a corsi di formazione per un totale di 40 ore all'anno. Questo nuovo obbligo mira anche a responsabilizzare i dirigenti/responsabili, i quali dovranno assicurarsi che ogni lavoratore riceva la giusta formazione. In ossequio alla direttiva sarà effettuato, pertanto il monitoraggio sull'efficacia degli interventi formativi, verificando che questi contribuiscano realmente a migliorare la qualità dei servizi offerti.

Da qui nasce l'esigenza per l'ASP di possedere un sistema che sia in grado di misurare e valutare le performance attuali e future di ciascuna risorsa che ricopre uno specifico e predefinito ruolo: *"Il Modello delle Competenze"*.

In tale ambito e per rispondere in maniera appropriata alla necessità di sviluppo del patrimonio professionale idonee per raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano delle attività, sarà avviato il modello di gestione di competenze, che parte dalla mappatura delle stesse sulla base dell'analisi e valutazione dei profili di ruolo, sotto due diverse prospettive.

La prima fa riferimento alla posizione o ruolo che, in funzione della mission affidata alla risorsa, delle aree di responsabilità attribuite e delle attività da svolgere determina un "identikit" di qualità,

doti e capacità che la persona dovrebbe avere per poter ricoprire in modo ottimale quel determinato ruolo: è questo il profilo ideale o richiesto dalla posizione.

La seconda angolazione si riferisce invece alle caratteristiche che connotano una persona e che permettono di definire il cosiddetto profilo reale o posseduto dalla risorsa.

Quindi, il “dover essere” non sempre coincide con l’essere, così il profilo reale (posseduto) può non coincidere con il profilo ideale (richiesto) per permettere all’organizzazione di raggiungere le mete pianificate. La differenza tra i due aspetti definisce il gap di profilo, cioè una sotto o sovra-dotazione di “qualità” della persona rispetto a quanto richiesto per ricoprire al meglio una certa posizione: ed è proprio questa “distanza” che spesso genera prestazioni rese non completamente adeguate alle esigenze aziendali.

Il modello delle competenze assegna quindi una nuova centralità all’individuo e consente di affrontare in modo efficace i diversi aspetti della valorizzazione del sapere posseduto e della relazione di scambio con l’organizzazione in cui la risorsa opera.

Uno degli strumenti principali dei quali l’ASP intende dotarsi per raggiungere questi obiettivi è la piattaforma “Syllabus”, un sistema che permette di creare percorsi formativi personalizzati per ciascun dipendente pubblico. Ogni lavoratore verrà valutato inizialmente per capire le proprie competenze e lacune e, sulla base di questa analisi, verranno proposti corsi adeguati. Saranno altresì acquistati e messi a disposizione dei dipendenti anche altri pacchetti formativi in modo da ampliare e diversificare ulteriormente l’offerta formativa e rispondere alle necessità di tutti i settori che non riuscissero a soddisfare le loro esigenze formative.

Inoltre, sulla scia della pianificazione dell’ultimo triennio, anche la programmazione formativa del 2024 ha tenuto conto dell’impatto legato alla pandemia COVID 19 che ha già avuto effetti devastanti non solo nel mondo della salute ma, nell’intero sistema di credenze di ogni uomo, in un totale sconvolgimento delle consuetudini di vita, con il necessario costante continuo adeguamento a nuove necessità. Di conseguenza ci sono state forti ripercussioni anche nella area della formazione, sia per le necessarie e nuove competenze da acquisire e sia per le modalità di erogazione delle iniziative. Infatti, a seguito del forte ridimensionamento dei corsi in presenza si è consolidato il sistema di E-learning. Ciò ha determinato una forte e immediata spinta all’adozione e potenziamento di tecnologie per la formazione a distanza, dimostrando una pronta capacità di adeguamento alle necessità contingenti, con la definizione di percorsi capaci di ri - orientare le competenze legate al nuovo assetto organizzativo.

La formazione in cifre

Nelle tabelle sottostanti sono indicate in sintesi le attività svolte nell’ultimo anno:

CORSI SVOLTI AREA AMMINISTRATIVA 2024	PARTECIPANTI	TOTALE ORE
L'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI ETICA, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA AMMINISTRATIVA	24	7



LE NOVITÀ DEL CCNL 2019-2021 DELL'AREA DIRIGENZIALE FUNZIONI LOCALI (SOTTOSCRITTO IN VIA DEFINITIVA IL 16 LUGLIO 2024)	1	4
INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE ALLA LUCE DEL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI (ART. 45 DEL D.LGS. N.36/2023)	4	4
STRATEGIE PROFESSIONALIZZAZIONE E PIANI DI FORMAZIONE IN TEMA DI APPALTI PUBBLICI	1	5
GLI AFFIDAMENTI SOTTOSOGLIA-STRUMENTI NORMATIVA APPROFONDIMENTI	1	10
L'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI ETICA, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA NELLA PA	1	5
IL CODICE DI COMPORTAMENTO INTERNO NELLA PA E GLI OBBLIGHI DEL DIPENDENTE PUBBLICO	1	4
DIGITALIZZAZIONE DEGLI APPALTI CIG FVOE MEPA ANAC BDNCP PCP FACCIAMO CHIAREZZA CORSO DI AGGIORNAMENTO ED ESERCITAZIONE PRATICA SUL MEPA	1	5
LA METOLOGIA BIM PER LA PA L'OBBLIGO PER GLI APPALTI SOPRA 1 MILIONE DI EURO DAL 1° GENNAIO 2025	1	3
LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE PUBBLICO: STRUMENTI PROCEDURE RESPONSABILITA'	1	3
PROTOCOLLO E NUOVE LINEE GUIDA AGID IN TEMA DI FORMAZIONE GESTIONE E CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI: LE SOPRAVVENUTE NOVITÀ DERIVANTE DALL'OPERATIVITÀ DELLE PIATTAFORME SEND E INAD	1	12
IL CASSETTO PREVIDENZIALE DEI DIPENDENTI PUBBLICI E LA GESTIONE DELLE DELEGHE	1	6
GLI AFFIDAMENTI DIRETTI E GLI APPALTI SOTTO SOGLIA	1	5
EXCEL AVANZATO	1	16
LABORATORIO PER LA REDAZIONE DI ALCUNI TRA I PIÙ IMPORTANTI DOCUMENTI DI GARA	1	5
LA DIGITALIZZAZIONE DEL CICLO DI VITA DEI CONTRATTI PUBBLICI LA GESTIONE DELLA PROCEDURA DI GARA	2	5
LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELLA PA: AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DELLE MISURE TUTELA DEL WHISTLEBLOWER	1	5
I SERVIZI SOCIALI TRA CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI E CODICE DEL TERZO SETTORE: LA DISCIPLINA DEGLI AFFIDAMENTI	1	4
LA TRASPARENZA L'ACCESSO CIVICO E I SITI WEB DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	1	3
LA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO E IL SUBAPPALTO	1	4
LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE DOPO IL PIAO	1	5
LE EROGAZIONI DI CONTRIBUTI E SOVVENZIONI AGLI ENTI DEL TERZO SETTORE	1	3

IL PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO NEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI: PROCEDURE SCHEMI DI CONTRATTO GESTIONE DEL RISCHIO	1	5
EXCEL BASE: LABORATORIO PRATICO OPERATIVO	3	16
IL PROGRAMMA PASSWEB: LE NUOVE PROCEDURE DI LAVORAZIONE	1	4

CORSI SVOLTI AREA SANITARIA 2024	PARTECIPANTI	CREDITI ECM
IL MODELLO RSA. REALTA' E NUOVE STRATEGIE	18	6
ASSISTENZA AL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE	23	50
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEL PAZIENTE IN AMBITO SANITARIO	25	6
UMANIZZAZIONE DELLE CURE	25	28
INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITA': IL FUTURO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	1	7
INNOVAZIONE DIGITALE E ANALISI DEI PROCESSI SANITA'	2	5
DISTURBI DEL SONNO E DECLINO COGNITIVO: MMG, GERIATRI E NEUROLOGIA A CONFRONTO	2	7,5
ADHD: DIAGNOSI E GESTIONE DI CASI COMPLESSI NELL'ETÀ DI TRANSIZIONE	2	6
L'IMPORTANZA DELL'ASSISTENZA PSICOSOCIALE NEL PERCORSO DI UN BAMBINO MALATO	2	24
GUIDA PRATICA ALLE RESPONSABILITÀ IN AMBITO SANITARIO -PARTE 1	1	28
IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI NELLA GESTIONE INTEGRATA E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DEMENZA NELLA FASE MODERATA-GRAVE DI MALATTIA	1	6
LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI DI DISABILITA' CONGENITA	2	5
INFEZIONE PNEUMOCOCCICA E VACCINAZIONE: STORIA EVOLUZIONE E PROSPETTIVE FUTURE	1	3
SPIRITUALITA' TRASCEDENZA E CURA: UN DIALOGO TRA MENTE CORPO E ANIMA	1	5
FARE PSICOTERAPIA ESSERE TERAPEUTI	1	7
L'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI ETICA, ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA AMMINISTRATIVA	18	

3.4.2 Strumenti per la Formazione del Personale aziendale

3.4.2.1 Analisi Fabbisogno Formativo del personale socio-sanitario, tecnico e amministrativo

Il Piano della Formazione 2025 è elaborato sulla base di input esterni e interni, quali:

- gli obiettivi strategici aziendali derivanti dal Piano delle Attività
- aggiornamenti legislativi che impattano sulla gestione dell'ASP, tra cui quelle relative alla Digitalizzazione della PA, la riorganizzazione dei modelli assistenziali, Piano ICA, l'acquisizione dei servizi e beni con l'aggiornamento Codice degli appalti, nonché quelle relative allo stato giuridico economico del personale per l'introduzione dei nuovi CCNL;
- ricognizione e analisi del fabbisogno formativo realizzata con il coinvolgimento delle figure apicali dei servizi dell'ASP.

La rilevazione del fabbisogno formativo nella ASP Istituto Romano di San Michele avviene con periodicità annuale, a cura del Servizio Risorse Umane, e si concretizza in una operazione di ricerca finalizzata a far emergere ed esplicitare le esigenze formative esistenti e i bisogni identificati nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento con interventi formativi – competenze professionali da acquisire e/o sviluppare).

3.4.3 Linee di intervento della Formazione 2025

Il Piano formativo aziendale si rivolge sia al personale tecnico-amministrativo sia al personale socio-sanitario, identificando, anche sulla base di quanto su indicato, specifiche *linee di intervento* che oltre ai percorsi di contenuto tecnico specialistico ovvero ope legis (es. ex D. Lgs 81/08, anticorruzione e trasparenza, privacy), sono finalizzate allo sviluppo di competenze su specifici temi.

Area Sanitaria

Gli obiettivi che l'attività di formazione si pone sono rivolti a valorizzare l'apporto creativo che ogni persona può dare, a promuovere un'effettiva cultura del lavoro, a contribuire alla razionalizzazione nell'organizzazione dei servizi e delle prestazioni, a raggiungere una più elevata efficacia dei servizi socio-sanitari nonché a contribuire allo sviluppo delle skills specifiche e trasversali degli operatori sanitari.

Per la formazione del personale sanitario o, comunque, addetto ai servizi a diretto contatto con i pazienti, sono state raccolte le indicazioni ed i suggerimenti delle figure di riferimento dell'Area, sicché la pianificazione adottata per l'annualità 2025 può considerarsi il risultato condiviso di un'indagine articolata ed approfondita, e verterà sui seguenti temi:

- gestione dello stress: tecniche pratiche e strategie attuative per prevenire e gestire lo stress lavorativo ed il burnout, comune in chi lavora in ambienti sanitari;
- sviluppo e presidio di metodi di organizzazione del lavoro;
- programmazione e gestione del personale, tecniche di gestione delle risorse umane;
- processi e strategie di integrazione multi professionale per la valorizzazione del personale;

- tecniche di rilassamento e mindfulness: utilizzare la mindfulness per migliorare il benessere psicologico degli ospiti e del personale mediante l'utilizzo di tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia e migliorare la gestione delle emozioni;
- etica e deontologia professionale: esaminare questioni etiche legate alla privacy, al consenso e alla dignità dell'anziano ed approfondire il rispetto per l'autonomia dei pazienti;
- supervisione clinica del team di lavoro: la supervisione è da considerarsi come un processo strutturato in cui un professionista esperto guida, sostiene e aiuta i colleghi o un team a riflettere sul proprio lavoro, migliorando competenze, benessere e qualità dell'intervento, ed è particolarmente utile in ambiti ad alta intensità emotiva e relazionale; si può affermare che la supervisione da parte di psicoterapeuti, esperti nel lavoro in RSA, sia di fondamentale importanza per garantire il benessere, la qualità del lavoro degli operatori e il mantenimento di un ambiente sereno e collaborativo. Nella sostanza la supervisione aiuta a migliorare la Qualità del Lavoro, aiuta a riflettere sul proprio approccio e a identificare aree di miglioramento, consente di affrontare situazioni emotivamente complesse che possono portare a stress, frustrazione o senso di impotenza, offre uno spazio sicuro per condividere le difficoltà e cercare strategie per gestire il carico emotivo inoltre, e non da ultimo, aiuta la gestione delle relazioni professionali portando alla luce conflittualità sommerse e criticità agite in un'ottica di comprensione delle dinamiche personali messe in atto e giocate nella realtà lavorativa, aiutando a comprendere e risolvere conflitti o incomprensioni all'interno del team;
- gestione dei conflitti all'interno del gruppo di lavoro / dimensione del lavoro di gruppo;
- comunicazione efficace – tecniche di relazione nell'assistenza socio sanitaria;
- relazione d'aiuto con l'utente e i suoi familiari;

- gestione dei disturbi del comportamento in persone con demenza: strategie per gestire agitazione, aggressività o apatia in pazienti con Alzheimer o altre demenze e metodi non farmacologici per il supporto al paziente e migliorare la qualità della vita;
- gestione del paziente psichiatrico nel contesto istituzionalizzato;
- gestione dei pazienti usciti dal coma;
- cure palliative;

- gestione dello scompenso cardiaco nell'anziano;
- gestione delle cadute;
- gestione della cateterizzazione vescicale nella prevenzione delle infezioni urinarie.

Area Amministrativa

Per la formazione del personale tecnico-amministrativo, sono state raccolte le indicazioni ed i suggerimenti delle figure di riferimento dell'Area, sicchè la pianificazione adottata per l'annualità 2025 può considerarsi il risultato condiviso di un'indagine articolata ed approfondita, e verterà sui seguenti temi:

- nuovo codice degli appalti: percorsi di approfondimento delle varie tematiche connesse all'applicazione del D.Lgs. 36/2023, anche specialistici utili alla qualificazione della stazione appaltante / gestione appalti sottosoglia, disciplina sugli affidamenti diretti nel nuovo codice degli appalti / RUP come project manager / il FVOE / il sistema informatico per il monitoraggio delle gare (SIMOG) / i servizi sociali tra codice di contratti pubblici e codice del terzo settore: la disciplina degli affidamenti di servizi;
- procedure urbanistiche ed edilizie;
- approfondimenti sulle materie specifiche di settore inerente alla gestione del patrimonio immobiliare pubblico;

- bilancio e contabilità / programmazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione del bilancio / i controlli interni di regolarità amministrativa e contabile;
- la struttura della busta paga Corso Base / Intermedio / Avanzato;
- compilazione della DMA Corso Base / Intermedio / Avanzato;
- il cassetto previdenziale dei dipendenti pubblici e la gestione delle deleghe;
- aggiornamento sulle normative previdenziali e assistenziali;
- gestione economica personale dipendente;
- aspetti fiscali e previdenziali degli incarichi esterni;
- la responsabilità amministrativa del dipendente pubblico;
- spesa del personale e costruzione fondo salario accessorio e contrattazione decentrata;
- applicazione istituti contrattuali;
- soft skills per lo smart working;
- nuove competenze nuove assunzioni: la gestione delle risorse umane nell'era dell'intelligenza artificiale;
- assunzioni e graduatorie nella PA: come orientarsi tra normative e regolamenti attuali
- il ciclo PIAO – L'abc su come organizzare e gestire il piano integrativo di attività e organizzazione;
- gestione Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance / la valutazione della performance organizzativa e individuale / la valutazione della performance in smart working;

- utilizzo software gestionali (es. gestione inventario beni mobili, gestione programma patrimonio immobiliare);
- digitalizzazione della P.A. e ICDL Corso Base / Intermedio / Avanzato;
- dematerializzazione dei documenti amministrativi e la governance digitale;
- privacy e sicurezza informatica Obblighi e responsabilità;
- cybersecurity e intelligenza artificiale;
- corsi per amministratore di sistema - Corsi su sistemi di rete – Corsi di formazione per RTD;

- controllo di gestione (il controllo di gestione dedicato alle strutture socio-sanitarie; analisi della riclassificazione per centri di costo; utilizzo applicativi specifici per il monitoraggio e corsi excel livello avanzato);
- internal audit (corsi dell'AIIA: "Le attività di audit nella Pubblica Amministrazione: principi, approccio, metodologie e strumenti" o "L'Internal Audit nel settore sanitario");
- comunicazione e URP (nuove tecniche di comunicazione sui canali social; normativa sulla sponsorship tra pubblico e privato; rapporti con i media; attività Ufficio stampa; aggiornamenti normativi);

- educazione alla parità di genere e lotta agli stereotipi e alle violenze di genere.

Formazione Obbligatoria del Personale

Progetto per l'anticorruzione e trasparenza

Nel 2024 l'ASP ha organizzato in data 11 giugno 2024, in presenza, una giornata formativa dedicata all'attuazione della normativa in materia di Etica, anticorruzione e Trasparenza Amministrativa, occasione di incontro e confronto sulla materia sotto la guida esperta del Prof. Santo Fabiano che ha visto la partecipazione diffusa (circa 70 adesioni) tra i dipendenti dell'ASP e la partecipazione di rappresentanti delle altre ASP regionali e la stessa Direzione Regionale che ha fortemente supportato e apprezzato l'iniziativa. In considerazione del gradimento diffuso, anche per il 2025 l'Ente rinnoverà tale iniziativa.

Progetto di formazione ed aggiornamento professionale in materia di protezione dati

In collaborazione con il DPO, in linea con le attività degli anni precedenti, valutato il grado di sensibilizzazione e competenza del personale durante le attività preliminari ed in fase di audit, nel 2025 sono previsti dal Progetto formativo interventi distinti per target di operatori, differenziati tra

chi riveste un ruolo unicamente di sorveglianza, chi deve prendere decisioni che vadano a definire mezzi e finalità del trattamento e chi operi effettivamente sui dati.

A) Una linea d'intervento è organizzata in modalità e-learning per raggiungere rapidamente la maggior parte dei dipendenti mirata all'approfondimento dei temi, che riguardano la gestione e protezione dei dati personali all'interno dell'ASP, quali:

- descrizione quadro normativo attuale e terminologia;
- descrizione delle figure interne ed esterne che operano in materia di gestione del dato;
- gestione dei rapporti con l'utenza;
- cosa s'intende per rischio in materia privacy e come gestirlo;
- informativa e consenso: come e quando;
- quali sono i diritti degli interessati ex artt. 15-22 Reg. UE 2016/679;
- cosa s'intende per rischio in materia privacy;
- cosa s'intende per Data Breach;

B) La seconda linea d'intervento, in modalità blended, è rivolta a dirigenti e funzionari, per approfondire tematiche più specifiche, quali:

- GDPR: quadro generale sulle novità introdotte;
- Privacy by design e privacy by default;
- Campo di applicazione GDPR: dati personali e dati particolari;
- I soggetti del sistema privacy;
- Nuovi adempimenti previsti dal GDPR: il Registro dei trattamenti; esercizio diritti dell'interessato;
- Data Breach - Violazione Dati personali;
- Misure di sicurezza tecniche – organizzative;
- La Privacy e gli obblighi di trasparenza.

Salute e Sicurezza sul Lavoro ex D. Lgs. n. 81/08

Per quanto relativo alla Formazione sulla Sicurezza, che rappresenta una parte fondamentale del cammino educativo indirizzato a conseguire "competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda, all'identificazione, alla riduzione e alla gestione del rischio" è stato acquisito il programma relativo all'anno 2025.

Il Programma formativo sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro è programmato a cura dell'RSPP, come da D. Lgs. n. 81/08. Gli eventi formativi ex D. Lgs n.81/08 hanno carattere obbligatorio per i dipendenti e il mancato adempimento comporta delle sanzioni disciplinari amministrative.

Nel 2024 è stata realizzata la seguente formazione:

CORSI SVOLTI	PARTECIPANTI	TOTALE ORE
AGGIORNAMENTO FORMAZIONE PER PREPOSTO	4	6,00

FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA PER LAVORATORI RISCHIO BASSO	8	8,00
AGGIORNAMENTO FORMAZIONE PER LAVORATORI	6	6,00
FORMAZIONE PER LAVORATORI MODULO GENERALE	10	4,00
INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO ALL'USO CORRETTO DEGLI APPARATI SOLLEVAPAZIENTI	11	0,50

Nel 2025 proseguiranno le iniziative formative ex D. Lgs 81/08 alla luce del Fabbisogno rilevato dal RSPP come segue:

- 1) Aggiornamento RLS - Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza 24 ore, n.1 discente;
- 2) Aggiornamento RSPP – Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione 24 ore, n.1 discente;
- 3) Aggiornamento BLSD – personale sanitario e amministrativo 8 ore per n.40 discenti;
- 4) Aggiornamento antincendio rischio elevato 8 ore per n.15 discenti;
- 5) Formazione Generale Sicurezza sul Lavoro 8 ore per n.10 discenti;
- 6) Aggiornamento Primo Soccorso 16/8 ore per n.15 discenti.

quanto sopra espresso

per finanziare il presente piano di formazione saranno utilizzate le risorse all'uopo destinate nell'ambito Bilancio economico di previsione annuale 2025 e triennale 2025-2026-2027 di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione 27 dicembre 2024, n. 29, per un totale nell'anno 2025, di € 41.429,71.

È opportuno richiamare la flessibilità che connota tale strumento di programmazione che potrà essere oggetto di modifiche e/o integrazioni in relazione ad emergenti necessità di aggiornamento normativo/procedurale che potrebbero verificarsi in corso d'anno, ad oggi non preventivabili.

Con specifici atti si provvederà all'aggiornamento e al finanziamento dei percorsi formativi programmati.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio e riesame (uni iso 37001:2016 – punti 4.5.3, 9.1 e 9.3)

Al fine di verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione riportate nel PIAO, l'ASP IRSM ha predisposto una fase di monitoraggio e valutazione dei risultati, sia durante la loro realizzazione che a conclusione degli stessi, nel rispetto delle modalità previste dagli artt. 6 e 10, comma 1, let. b), del D.lgs. n. 150/2009. Nello specifico, il monitoraggio in itinere avrà essenzialmente una funzione di indirizzo in quanto permetterà di ricalibrare le attività programmate, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati. La valutazione finale dei risultati conseguiti – mediante l'analisi dello scostamento dagli obiettivi iniziali – consentirà invece di raccogliere informazioni utili per la futura programmazione dell'Ente.

In materia di anticorruzione la gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta, ossia delle misure di prevenzione introdotte.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Essa deve essere attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'interno processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di controllo di gestione. Le fasi di valutazione delle misure e del monitoraggio sono propedeutiche all'aggiornamento del Piano per il triennio successivo.

La fase di monitoraggio si sostanzia nel controllo e nella verifica delle misure obbligatorie ed ulteriori direttamente discendenti rispettivamente dal PNA nazionale e dalla gestione del Rischio.

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel Piano, deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e deve essere svolto osservando il principio del "*miglioramento progressivo e continuo*". A tal fine, il RPCT verifica almeno una volta all'anno il sistema di gestione del rischio, mediante un riesame avente ad oggetto:

- l'adeguatezza del Piano e delle misure in esso contenute;
- lo stato di attuazione delle misure;
- le principali criticità riscontrate nell'attuazione del Piano.

Il riesame della funzionalità del sistema di gestione del rischio riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio e ha l'obiettivo di:

- individuare eventuali rischi emergenti

- identificare processi organizzativi tralasciati nella fase della mappatura
- prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT ma interessa necessariamente tutti i soggetti coinvolti nella programmazione e nell'attuazione delle misure affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Con il PNA 2022 è sorta la necessità di espletare un monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO. Il monitoraggio integrato si aggiunge e non sostituisce quello delle singole sezioni di cui il PIAO si compone.

Per la valutazione complessiva del PIAO si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale. Tali attività, di fatto, sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del PIAO.

Ogni Responsabile delle diverse sezioni del PIAO, per la propria parte di competenza, si occupa di verificare la realizzazione degli obiettivi programmati condividendo tali risultanze assieme agli altri responsabili al fine di realizzare un coordinamento tra il RPCT e i Responsabili delle altre sezioni di PIAO attraverso un raccordo costruttivo, fatto di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e analisi delle criticità.

Il sistema di monitoraggio integrato del PIAO, sulla scorta di quanto previsto dal monitoraggio di prevenzione della corruzione e del PNA, è strutturato essenzialmente su 2 livelli. I soggetti responsabili dell'attuazione del monitoraggio sono:

- nel primo livello i Responsabili delle diverse sezioni del PIAO, mediante schede di autovalutazione, relazionano al RPCT sullo stato di realizzazione e di adeguatezza degli obiettivi programmati;
- nel secondo livello il RPCT, coadiuvato dall'internal audit, effettua un monitoraggio su tutte le misure di prevenzione della corruzione, eseguendo controlli a campione mediante richieste di rendicontazioni, dirette a ottenere chiarimenti, ovvero ad accertare che il singolo Responsabile stia provvedendo alla corretta attuazione degli obiettivi programmati;
- l'OIV che è chiamato a verificare: la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza nonché in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori; che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza; le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure; i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività l'OIV si confronta sia con il RPCT, cui ha la possibilità

di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari, che con i dipendenti, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

Per quanto afferisce alla formazione l'Istituto effettua costantemente un monitoraggio su ogni percorso formativo sia relativamente alla qualità dell'evento, della docenza mediante somministrazione di questionari, sia sull'andamento generale e realizzazione dei percorsi formativi progettati. Tale metodologia offre la possibilità di monitorare lo sviluppo delle competenze acquisite con l'attività formativa proposta e di programmare le linee d'intervento formativo per l'anno successivo.

In conclusione, al fine di coinvolgere e di promuovere la partecipazione degli stakeholders esterni alla stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, l'ASP IRSM pubblicherà il PIAO sui canali social aziendali, oltre che sul sito web istituzionale. I social media, infatti, rappresentano un importante strumento per coinvolgere specifiche tipologie di pubblico, ovvero coloro che mostrano interesse a partecipare attivamente alla discussione, a condividere opinioni ed esperienze. In questo modo gli utenti avranno la possibilità di interagire con l'Ente esprimendo un parere sul Piano mediante un canale diretto con l'Azienda. L'ASP IRSM, una volta ricevuti i feedback da parte degli stakeholders, darà evidenza delle osservazioni sugli stessi canali e sul proprio sito web istituzionale.

ALLEGATI PIAO 2025 – 2027

Gli allegati di seguito elencati sono parte integrante del presente documento:

ALL. 1 - PIANO AZIONI POSITIVE CUG

ALL. 2 - PIANO PER L'INFORMATICA 2024-2026

ALL.TI 3 DA LETT. "A" AD "H" – OBIETTIVI 2025

ALL. 4 GRIGLIA ANTICORRUZIONE 2025-2027

ALL. 5 DA LETT. "A" A "C" – SCHEDE TRASPARENZA ARTT. 4 BIS, 13 E 31

ALL.TI 6 DA LETT. "A" ALLA "D" – PTFP 2025 - 2027