

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE P.I.A.O. 2025 – 2027

(art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113)

**AGGIORNAMENTO: Approvato con deliberazione del CdA
n. 04 del 31.01.2025**

Elenco cronologico delibere di approvazione:

- PIAO (2022-2024)
 - *Approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 48 del 24 giugno 2022*
- PIAO (2023-2025)
 - *Approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 03 del 27 gennaio 2023*
- PIAO (2024 – 2026)
 - *Approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 04 del 31 gennaio 2024*
- PIAO (2025 – 2027)
 - *Approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n.04 del 31 gennaio 2025*

(Art. 6 commi da 1 a 4 DL n. 80/2021, convertito con modificazioni in Legge n. 113/2021)

INDICE

PREMESSA	4
RIFERIMENTI NORMATIVI	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE E ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO	5
1.1 Analisi del contesto esterno	5
1.2 Analisi del contesto interno	5
1.2.1 Organigramma dell'Ente	7
1.2.2 La mappatura dei processi	7
2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	8
2.1 Valore pubblico	8
2.2 Performance	11
2.2.1 Performance individuale	11
2.2.2 Performance organizzativa	15
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	23
2.3.1 Soggetti, compiti e responsabilità della strategia di prevenzione della corruzione	23
2.3.2 Sistema di gestione del rischio Mappatura dei processi e valutazione	26
2.3.3 Strumenti ed obiettivi per la prevenzione della corruzione e la trasparenza	31
2.3.4 Monitoraggio sull'idoneità e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	36
2.3.5 Programmazione della Trasparenza	36
3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	42
3.1 Struttura organizzativa - Obiettivi di stato di salute organizzativa dell'Ente	42
3.1.1 Obiettivi per il miglioramento della salute di genere	42
3.1.2 Obiettivi per il miglioramento della salute digitale	44
3.1.3 Obiettivi per il miglioramento della salute finanziaria	45
3.2 Organizzazione del lavoro agile	45
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	49
3.3.1 FABBISOGNO DI PERSONALE TRIENNIO 2025/2027 e Piano assunzionale	53
3.3.2 Obiettivi per il miglioramento della salute professionale - formazione del personale	55
4. MONITORAGGIO	56
ALLEGATO 1 AL PIAO 2025-2027	57
Metodologia per la stima del rischio, degli eventi rischiosi, dei fattori abilitanti e stima del rischio di corruzione	57
Analisi dei fattori abilitanti	57
Stima del livello di esposizione al rischio	57
Principi strategici	57
Principi metodologici	58

Principi finalistici.	58
LA FONDAZIONE DON MOZZATTI D'APRILI –IPAB.	59
METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	60
PROCESSI POSTI SOTTO ANALISI.....	61

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato introdotto con la finalità di consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatoria 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 funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

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 le 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 o in caso di proroga per legge dei termini di approvazione dei bilanci di previsione, entro 30 giorni dalla data ultima di approvazione dei bilanci di previsione stabilita dalle vigenti proroghe.

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione è deliberato in coerenza con il Bilancio di previsione in approvazione nella stessa seduta.

Ai sensi dell'art. 1, comma 1, del DPR n. 81/2022, integra il Piano dei fabbisogni di personale, il Piano delle azioni concrete, 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.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE E ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	
Nome Amministrazione	FONDAZIONE DON MOZZATTI D'APRILI
Tipologia	I.P.A.B. (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza)
Sede legale	Piazza Silvio Venturi n. 26 37032 Monteforte d'Alpone (VR)
Codice fiscale / Partita IVA	00672400231
Contatti	Telefono: 045 610 23 55 Fax: 045 610 23 70 Indirizzo e-mail PEO (posta elettronica ordinaria): fondazione@donmozzatti.it Indirizzo e-mail PEC (posta elettronica certificata): fondazione@pec.donmozzatti.it
Sito internet e portali istituzionali	https://www.donmozzatti.it https://one69.robyone.net/182 (Albo Preorio On-Line) https://one33.robyone.net/182 (Amministrazione Trasparente)
Presidente e legale rappresentante	Guzzo Dott. Gabriele
Segretario Direttore	Tessari Dott. Emilio
Numero dei dipendenti al 31 dicembre 2024	85
Numero di ospiti al 31 dicembre 2024	175

1.1 Analisi del contesto esterno

La posizione geografica in cui è collocata la Fondazione Don Mozzatti d'Aprili – I.P.A.B. Casa di Riposo (d'ora in avanti nominata anche solo "Fondazione" o "Ente"), è strategica al fine della fornitura dei propri servizi alla persona. Situata nel Comune di Monteforte d'Alpone, punto di origine della Valdalpone e prossima alla città di San Bonifacio, nella provincia di Verona e confinante con la provincia di Vicenza. Il territorio è caratterizzato dalla coltivazione della vite, che è l'attività economica più importante e favorita dal clima mite e temperato, dalla natura vulcanica del terreno e dall'esposizione delle colline.

La Fondazione "Don Mozzatti d'Aprili" è da decenni impegnata a garantire ospitalità e cura alle persone anziane. Si avvale di quattro specifiche strutture dedicate a persone con diversi gradi di necessità assistenziali. L'Ente è conosciuto ed apprezzato per la qualità garantita ai suoi ospiti, qualità che è costantemente potenziata e migliorata. Il Consiglio di Amministrazione, assieme a tutto il personale, si rende disponibile con passione, disponibilità e competenza, per il bene di tutti gli ospiti, allo scopo di rendere tutte le proprie strutture il fiore all'occhiello, non solo del Comune di Monteforte d'Alpone, ma anche dell'intera Vallata d'Alpone.

1.2 Analisi del contesto interno

La missione istituzionale della Fondazione è definita dal suo Statuto e consiste e consiste prioritariamente nella produzione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane non autosufficienti, nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari della Azienda Ulss 9 – Scaligera.

L'Amministrazione

Ai sensi dello Statuto l'Ente è amministrato da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri: quattro nominati dal Comune di Monteforte d'Alpone e uno di diritto individuato nella persona del parroco della parrocchia di Monteforte d'Alpone. I Consiglieri restano in carica per cinque anni; al loro interno eleggono un Presidente, rappresentante legale dell'Ente. Il Consiglio di Amministrazione svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

Il Direttore Segretario

Il Dirigente è il responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa dell'Istituto e come tale adotta tutti i provvedimenti (decreti) di organizzazione delle risorse umane e strumentali disponibili, compresi quelli che impegnano l'Ente verso l'esterno.

Le strutture e i servizi

- Casa di riposo per Anziani non autosufficienti.
- Comunità Alloggio per Anziani autosufficienti - Barchessa.
- Comunità Alloggio per Persone con Disabilità – Corte Scolette.
- Centro servizi per anziani autosufficienti e non autosufficienti – San Camillo de Lellis a Bolca.
- Servizio riabilitativo per esterni (con prescrizione medica).
- Servizio di prelievo e ritiro analisi (con prescrizione medica).

Risorse finanziarie

Gli Ospiti e i loro familiari o visitatori sono tenuti a rispettare le regole di vita comunitaria fissate a tutela della tranquillità di ognuno, in particolare per quanto attiene gli orari di riposo diurno e notturno e la tutela della riservatezza. Gli stessi provvedono alla necessaria copertura economica mediante la sottoscrizione di un impegno di spesa, in proprio o mediante i parenti di riferimento.

Le risorse economiche finanziarie sono derivate dalle rette applicate dall'Ente sono omnicomprendenti di tutti i servizi erogati (salvo il necessario distinguo dei trasporti e della riabilitazione) e non è richiesta alcuna integrazione, salvo casi eccezionali preventivamente comunicati all'interessato, e coprono integralmente i suddetti servizi.

Qualora l'ospite abbia ottenuto dalla S.Va.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) o dalla S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Persona con Disabilità), la Quota Regionale di compartecipazione, la stessa è erogata dall'Azienda Ulss 9 – Scaligera (e marginale AULSS 8 – BERICA e AULSS 5 – POLESANA)

Personale

Il team di lavoro, formato da personale qualificato e costantemente aggiornato, risponde ai bisogni degli anziani dei Centri Residenziali con la massima professionalità e con un organico di Personale sempre superiore agli standard minimi regionali. Esso è rappresentato da diverse professionalità:

- sociali e socio-assistenziali,
- infermieristiche,
- riabilitative,
- animative,
- tecniche e manutentive,
- addette ai servizi alberghieri,
- amministrative.

L'Ente inoltre favorisce l'opera di volontariato; a tal fine è stato approvato apposito regolamento

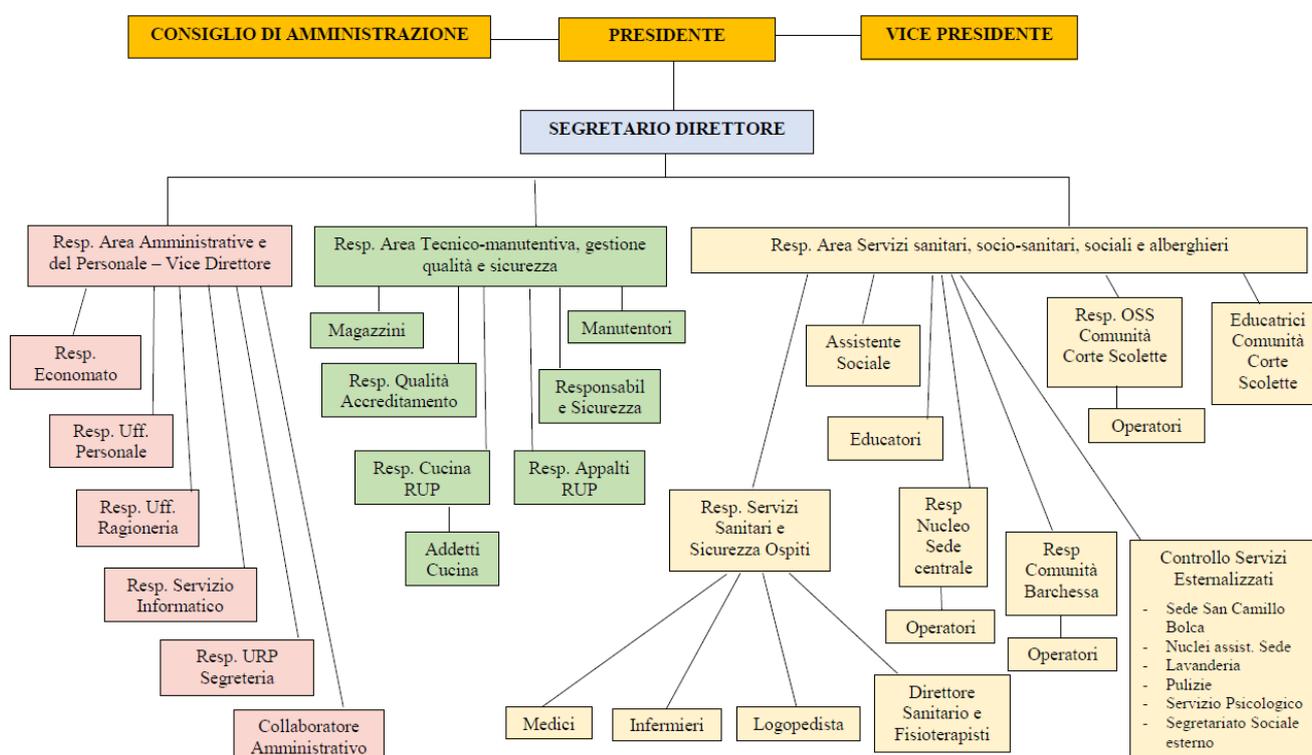
Processi

Con le premesse circa le risorse finanziarie, si ritiene che la probabilità di verificarsi dei fenomeni corruttivi sia molto marginale, in quanto tali risorse sono da riferirsi alle RETTE e alle QUOTE Regionali che sono, le prime con tariffe fissate dal Consiglio di Amministrazione uguali per tutti, conforme la tipologia di ospite, e le seconde definite e concesse da Enti esterni alla Fondazione.

1.2.1 Organigramma dell'Ente

Si riporta di seguito l'organigramma dell'Ente, come modificato dal Consiglio di Amministrazione con Deliberazione n. 50 del 06/12/2024 da riportare sulla prossima "Carta dei Servizi" in redazione.

Fondazione "Don Mozzati d'Aprili" Monteforte d'Alpone (VR)	ORGANIGRAMMA ENTE (dettaglio)	Mod.DIR.01.02A Rev. 10 Pag. 1 di pag. 1
Data di emissione: Dicembre 2024	Approvazione Dicembre 2024	



1.2.2 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi è un'attività fondamentale per l'analisi del contesto interno. La sua integrazione con obiettivi di performance e risorse umane e finanziarie permette di definire e pianificare efficacemente le azioni di miglioramento della performance dell'amministrazione pubblica, nonché di prevenzione della corruzione.

È importante che la mappatura dei processi sia unica, per evitare duplicazioni e per garantire un'efficace unità di analisi per il controllo di gestione. Inoltre, la mappatura dei processi può essere utilizzata come strumento di confronto con i diversi portatori di interessi coinvolti nei processi finalizzati al raggiungimento di obiettivi di valore pubblico.

2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

La Fondazione “Don Mozzatti d’Aprili” è da decenni impegnata a garantire ospitalità e cure alle persone anziane.

Si avvale di quattro specifiche strutture dedicate a persone con diversi gradi di necessità assistenziali.

La prima struttura è la **sede centrale**: si trova a Monteforte d'Alpone ed è stata inaugurata nel 2002. Composta da tre piani indipendenti ospita complessivamente 90 anziani con ridotto e medio bisogno assistenziale, e n. 2 autosufficienti. Trattandosi di un edificio recente, è stato progettato per soddisfare i più elevati standard residenziali, finalizzati a garantire un clima pressoché 'domestico' nel quale sia nella propria stanza che nei numerosi spazi comuni ogni ospite può percepire il rispetto della propria vita privata. Nell’ala sud della struttura è funzionante un moderno centro di riabilitazione aperto anche all’utenza esterna oltre che un servizio prelievi per anziani.

Nella stessa struttura è presente il “blocco cucine”, dotato di tecnologie e strumentazioni moderne per la preparazione dei pasti.

Affiancata alla sede centrale è presente la seconda struttura denominata “**Barchessa**” ovvero la comunità alloggio per 20 anziani autosufficienti o parzialmente tali oltre a n. 5 posti letto adibiti a “disagio sociale”. Usufruisce degli spazi di quello che in passato era l'edificio di servizio (detto barchessa o barco) del contiguo Palazzo Vescovile che è stato la precedente sede della Fondazione (fino al 2002). La Barchessa si avvale di confortevoli stanze singole o doppie, articolate su due piani e dotate di servizio infermieristico indipendente.

Sempre a Monteforte d’Alpone è operativa la terza struttura, denominata “**Corte Scolette**” che ospita due comunità alloggio (10 persone ciascuna) per disabili adulti e n. 2 “gruppi appartamento” per disabili meno gravi. E’ ubicata in una bellissima corte del centro storico, nei pressi della chiesa parrocchiale. Vengono utilizzate le stanze dei vecchi edifici prospicienti la corte, debitamente restaurati e dotati di tecnologie e confort adeguati alla vita di comunità.

La quarta struttura è la **Casa San Camillo de Lellis**. Si trova a 800 metri di altitudine, a Bolca di Vestenanova, località famosa per i fossili e dalle cui cime nasce il torrente Alpone che dà il nome alla vallata. Vi sono ospitati 30 anziani con ridotto bisogno assistenziale e n. 3 anziani autosufficienti, i quali possono disporre di una costruzione nuovissima, inaugurata nel 2011. Le ampie zone comuni, dotate di finestre panoramiche, offrono una vista mozzafiato dell'arco prealpino che comprende la Lessinia orientale e la dorsale vicentina occidentale. Il clima familiare che si respira al suo interno completa la cornice di questa struttura. Anche in questa struttura è funzionante un moderno centro di riabilitazione aperto anche all’utenza esterna oltre che un servizio prelievi per anziani.

La Fondazione don Mozzatti d'Aprili è conosciuta ed apprezzata per la qualità garantita ai suoi ospiti, qualità che noi riteniamo possa essere costantemente potenziata e migliorata.

Il concetto di valore pubblico si rinviene nel nuovo modo di concepire i percorsi di miglioramento delle amministrazioni pubbliche e, in particolare, delle loro performance. Infatti, un concetto che ha un’amministrazione pubblica in cui tutte le unità organizzative riescano a raggiungere le performance organizzative in modo eccellente erogando servizi di qualità (output), grazie ai contributi individuali (input) da parte dei propri dirigenti e dipendenti, avrà una maggiore probabilità di aiutare a conseguire le performance istituzionali indicate nel programma di mandato del Presidente e del Consiglio di Amministrazione. Ma questa eccellenza sarebbe totalmente sterile laddove l’ente non riuscisse a creare “Valore Pubblico”, ossia ad aumentare il benessere reale della collettività amministrata ovvero degli ospiti dei centri servizi (outcome), e non sarebbe comunque riproducibile laddove l’ente non riuscisse a salvaguardare le proprie condizioni di sopravvivenza e sviluppo. Per valore pubblico deve intendersi il miglioramento del livello di benessere degli ospiti, unitamente alla soddisfazione degli stessi, dei loro familiari e dei lavoratori in genere, perseguito da un ente capace di svilupparsi economicamente facendo leva sulla riscoperta del suo vero

patrimonio, ovvero i valori intangibili quali, ad esempio, la capacità organizzativa, le competenze delle sue risorse umane, la rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere il proprio territorio e di dare risposte adeguate, la tensione continua verso l'innovazione, la sostenibilità ambientale delle scelte, l'abbassamento del rischio di erosione del Valore Pubblico a seguito di trasparenza opaca (o burocratizzata) o di fenomeni corruttivi e non può prescindere da una rilevazione reale della realtà amministrata.

OBIETTIVO GENERALE DELLA POLITICA PER LA QUALITA' DELL'ENTE:

Garantire agli ospiti il benessere fisico, psichico e sociale offrendo un'assistenza personalizzata, flessibile ed il più possibile adeguata alle diverse esigenze delle persone ospitate

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI (declinati in obiettivi specifici nella sezione performance organizzativa)	2025	2026	2027
STRATEGICO 1 Progettazione personalizzata utilizzando la metodologia del lavoro di gruppo, valorizzando e rafforzando le professionalità esistenti. Condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero della salute e dell'autonomia dell'ospite	Obiettivo Operativo 1a osservazione vita sociale – rilevazione osservazioni su ospiti e messa a punto strategia assistenziale individuale con lo staff (Area C)	X	X	X
	Obiettivo Operativo 1b Condivisione dei valori e degli obiettivi della Fondazione don Mozzatti d'Aprili con tutti i lavoratori (Area A – B – C)	X	X	X
STRATEGICO 2 Garantire all'ospite una buona qualità di vita e di assistenza	Obiettivo operativo 2a: ottenimento dei risultati programmati con la programmazione annuale (Area A – B – C)	X	X	X
	Obiettivo operativo 2b: miglioramento continuo dei servizi offerti all'ospite – Tempo di Qualità (Area A – B – C)	X	X	X
	Obiettivo operativo 2c: attivazione di mirate attività formative per il Personale (Area A)	X	X	X

<p style="text-align: center;">STRATEGICO 3 instaurare tra personale, ospiti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano</p>	<p>Obiettivo operativo 3a: condivisione con l'ospite e/o il parente referente dell'azione svolta e della situazione sanitaria (Area C)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo operativo 3b: attivazione di diverse forme di rilevazione del grado di soddisfazione dell'Ospite, dei Familiari e degli Operatori, in merito alla gestione dei servizi (Area B)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo operativo 3c: Conservazione e miglioramento delle strutture. (Area B)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo operativo 3d: Miglioramento della Comunicazione e del rapporto con gli stakeholder. (Area A – B - C)</p>	X	X	X
<p style="text-align: center;">STRATEGICO 4 Garantire la sostenibilità della gestione</p>	<p>Obiettivo Operativo 4a Efficientamento energetico. (Area B)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo Operativo 4b – lotta contro gli sprechi (Area A – B – C)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo Operativo 4 c Controllo puntualità fatturazione e pagamenti della fatture attive – controllo di gestione. (Area A)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo Operativo 4d mantenere alta l'occupazione dei posti letto e delle erogazioni di servizi (Area C)</p>	X	X	X
	<p>Obiettivo operativo 4e Ottimizzazione dell'organizzazione degli uffici e aggiornamento delle procedure (Area A)</p>	X	X	X

<p style="text-align: center;">STRATEGICO 5 Proposte e progetti per ottimizzare gli spazi</p>	<p>Obiettivo Operativo 5a Individuare soluzioni per l'utilizzo di spazi attualmente non utilizzati o per migliorare l'utilizzo di altri. Con particolare riferimento alla zona piscine e il terzo piano della sede San Camillo de Lellis. (CDA E DIREZIONE)</p>	X	X	X
--	--	----------	----------	----------

2.2 Performance

La presente sezione della Performance è valevole per il triennio 2025-2027 e rappresenta la concretizzazione di quanto previsto, in riferimento alla misurazione e alla valutazione della Performance dallo specifico Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 04 di reg., del 24/01/2014.

Oltre a tale adempimento, l'Ente è anche tenuto al rispetto dei requisiti afferenti a quanto previsto dalla Regione Veneto con la Legge 22/2002, in riferimento all'Autorizzazione all'esercizio e all'Accreditamento istituzionale; per gestire in modo sistemico tali requisiti, l'Ente mira a sviluppare un autonomo Sistema Qualità, che definisca gli obiettivi strategici ed un Prospetto annuale dei risultati attesi, in grado di inglobare anche gli standard presenti nella Carta dei Servizi. Con propria Deliberazione, il Consiglio di Amministrazione mira ad adottare e ad aggiornare formalmente il Sistema Qualità, del quale il Segretario-Direttore provvede a nominare il Responsabile Gestione Qualità, figure che al momento coincidono essendo in carico al Segretario-Direttore l'incarico di RGQ.

L'Ente adotta per il proprio personale dipendente il CCNL del Comparto Regioni ed Autonomie Locali, per cui annualmente provvede alla costituzione del Fondo Incentivante, sia per la parte stabile, che per la parte variabile.

Per ogni anno del triennio, con il presente Piano si adotta l'entità delle risorse massime variabili residue, collegabili alla gestione del Fondo come definito annualmente.

La performance organizzativa è una misurazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione in termini di politiche, obiettivi, piani e programmi, soddisfazione dei destinatari, modernizzazione dell'organizzazione, miglioramento qualitativo delle competenze professionali, sviluppo delle relazioni con i cittadini, utenti e destinatari dei servizi, efficienza nell'impiego delle risorse e qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

La performance individuale è una misurazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni individuali messi in atto nel raggiungimento degli obiettivi di qualità, competenze, risultati e comportamenti. Entrambe contribuiscono alla creazione di valore pubblico attraverso la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti.

2.2.1 Performance individuale

Consiste nel contributo di ciascun dipendente al conseguimento della performance dell'unità organizzativa di appartenenza, anche con riferimento agli aspetti relativi alle modalità di attuazione, nonché al rispetto degli obblighi di comportamento, mediante l'utilizzo dei fattori valutativi di cui alla scheda di valutazione.

CONCORRENZA NELLA RIPARTIZIONE DEL PREMIO COLLEGATO ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE (come da accordo sindacale nel CI sottoscritto in data 06.10.2023)

01. I premi correlati alla performance organizzativa e individuale vengono erogati a consuntivo, sulla base dei criteri previsti dal vigente sistema di valutazione presso l'Ente.

02. La valutazione viene effettuata annualmente ed il risultato viene riportato nella scheda individuale di valutazione.

03. La valutazione, collettiva e individuale, viene effettuata dal Direttore, che si avvale dei Responsabili dei servizi cui appartengono i vari dipendenti.

04. Entro 15 giorni dal ricevimento della scheda, il dipendente può presentare eventuali reclami al Segretario Direttore, il quale, sentito l'interessato, eventualmente assistito dalla Rappresentanza sindacale di riferimento, entro i successivi 20 giorni assume le proprie decisioni, che vengono formalmente comunicate all'interessato.

05. La quota parte del Fondo da destinare alla performance organizzativa viene fissata nel 55%. La quota parte rimanente va quindi destinata alla performance individuale.

06. La misura della maggiorazione del premio individuale come prevista dall'art.81 comma 02 del C.C.N.L. 16.11.2022, viene fissata nel 30% del valore medio pro capite dei premi destinati ai dipendenti.

La quota massima di personale cui può essere attribuita tale maggiorazione è fissata nel 10 %. Nell'ipotesi che i dipendenti interessati siano in quantità superiore rispetto alla quota fissata, la maggiorazione verrà attribuita a quelli che hanno effettuato una maggiore presenze lavorative nell'anno di riferimento. In caso di ulteriore parità, verrà attribuita al dipendente che non ha percepito la maggiorazione nell'anno precedente.

La formula per il calcolo della maggiorazione è la seguente:

Premesso che: D = totale dipendenti; F = Fondo performance individuale (30%), il calcolo viene effettuato come segue:

$$F/D \times 30\%$$

07. La parte del Fondo da destinare ai premi correlati alla performance viene ripartita in misura direttamente proporzionale al punteggio riportato nella scheda di valutazione individuale.

08. Al personale con rapporto di lavoro a tempo parziale, i premi correlati alla performance vengono erogati in misura direttamente proporzionale alla percentuale del rapporto di lavoro rispetto a quello a tempo pieno. Lo stanziamento e la liquidazione vengono effettuati a consuntivo.

09. I premi correlati alla performance vengono erogati, pro quota, anche al personale a tempo determinato che abbia svolto almeno sei mesi continuativi di servizio.

Segue scheda valutazione performance individuale

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Comportamento	Descrittore	Scala di giudizio	Descrittori di giudizio
A - Relazione e collaborazione inter funzionale	Si valutano le capacità comunicative e di apporto concreto nel gruppo di lavoro – di relazione con i colleghi e di partecipazione alla vita organizzativa – di collaborazione ed integrazione nei processi di servizio – di propensione a trasmettere le proprie competenze ai colleghi	<ul style="list-style-type: none"> - 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Non si attiva per collaborare con i colleghi, neppure su richiesta o sollecitazione - 2 Si attiva per collaborare con i colleghi in misura minima e solo su sollecitazione - 3 Si attiva per supportare i colleghi in modo parziale rispetto alle aspettative - 4 Si attiva ad integrarsi nel gruppo di lavoro in maniera adeguata alle aspettative - 5 Si attiva oltre le aspettative e condivide le competenze possedute con i colleghi
B - Assunzione di iniziativa	Si valuta il comportamento tenuto in rapporto a situazioni che richiedono, nell'ambito delle proprie competenze, di intraprendere un'azione con un intervento immediato	<ul style="list-style-type: none"> - 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Di fronte alle situazioni descritte non assume mai alcuna iniziativa - 2 Assume iniziative eccezionalmente, in casi non complessi e con supporto altrui - 3 Assume iniziative spesso ma non in tutti i casi in cui appare necessario - 4 Assume iniziative secondo le aspettative rispetto al ruolo ricoperto - 5 Assume iniziative in misura superiore alle aspettative e rispetto ai colleghi
C - Tempestività	Si valuta il rispetto dei tempi assegnati per l'esecuzione della prestazione e di intervento nei tempi opportuni anche in assenza di istruzioni specifiche	<ul style="list-style-type: none"> - 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Non rispetta mai i tempi assegnati - 2 E' poco rispettoso dei tempi assegnati - 3 In qualche occasione è tempestivo - 4 Rispetta i tempi assegnati secondo le aspettative - 5 Nel rispetto dei tempi supera le aspettative, anche anticipando le scadenze
D - Rapporti con l'unità operativa di appartenenza	Si valuta la correttezza dei rapporti intrattenuti con i responsabili/ con eventuali altri vertici direzionali	<ul style="list-style-type: none"> - 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 È scortetto e non esegue le direttive del Responsabile/Dirigente - 2 Non sempre è corretto e leale nei rapporti con i superiori - 3 Esegue le direttive dei responsabili anche se con tendenza alla polemica - 4 Esegue con diligenza le direttive dei responsabili secondo le attese - 5 La correttezza nel rapporto supera le aspettative, oltre il restante personale
E - Analisi e soluzione dei problemi.	Si valuta la capacità di affrontare situazioni critiche e di risolvere problemi imprevisti, proponendo possibili alternative ed utilizzando le proprie conoscenze. Propensioni intellettuali ed emotive nel superare gli ostacoli	<ul style="list-style-type: none"> - 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Di fronte a situazioni critiche non è capace di prendere decisioni in autonomia - 2 Raramente riesce ad affrontare e risolvere criticità e problemi imprevisti - 3 Salvo alcune eccezioni di solito riesce a risolvere criticità ed imprevisti - 4 Affronta criticità ed imprevisti e li risolve soddisfacendo le aspettative. - 5 Riesce a risolvere criticità e imprevisti in maniera superiore alle aspettative

F - Capacità di formulare proposte per il miglioramento del servizio	<p>Si valuta la capacità di presentare ai soggetti competenti proposte di miglioramento del servizio, volte sia al conseguimento di specifici risultati, sia al miglioramento organizzativo dell'ambiente di lavoro.</p>	<p>- 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non è capace di formulare proposte migliorative di alcun tipo - Formula solo proposte di scarsa rilevanza - Occasionalmente formula proposte rilevanti - Nel formulare proposte di miglioramento soddisfano le aspettative - Formula proposte rilevanti oltre le aspettative
G - Accuratezza e diligenza	<p>Si valuta l'attenzione, la precisione, l'accuratezza e la diligenza nell'assolvere i compiti e le mansioni collegate al ruolo assegnato.</p>	<p>- 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - E' incostante, impreciso e negligente. Lavora senza attenzione alla qualità - Spesso è impreciso e non accurato con conseguenti interventi sostitutivi - In alcuni casi è impreciso ed inesatto, mira al mero adempimento formale - La diligenza e precisione che lo contraddistinguono soddisfano le aspettative - L'accuratezza e diligenza che lo contraddistinguono superano le aspettative
H - Flessibilità e disponibilità a sostenere impegni di lavoro aggiuntivi	<p>Si valuta la disponibilità ad adeguarsi alle esigenze dell'incarico ricoperto e a garantire il proprio contributo anche in materie che non sono di specifica competenza, nell'interesse dell'Organizzazione.</p>	<p>- 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non mostra alcuna disponibilità a svolgere carichi di lavoro aggiuntivi - E' poco disponibile e spesso fa resistenza ad assumere carichi aggiuntivi - E' disponibile con qualche resistenza a svolgere carichi aggiuntivi - La disponibilità a svolgere carichi aggiuntivi soddisfa le aspettative. - E' disponibile spontaneamente a svolgere carichi aggiuntivi oltre le aspettative
I - Rapporti con l'utenza	<p>Si valutano gli atteggiamenti tenuti con i diretti destinatari dei servizi, la predisposizione a prendere in carico le esigenze degli utenti. La capacità di promuovere l'immagine dell'Ente verso l'esterno tramite i comportamenti assunti dai dipendenti.</p>	<p>- 1 0 % ÷ 20 % - 2 21 % ÷ 50 % - 3 51 % ÷ 70 % - 4 71 % ÷ 90 % - 5 91 % ÷ 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ha un comportamento non conforme con gli utenti (non disponibile, non adegua il linguaggio all'interlocutore, non fornisce risposte) - E' poco disponibile a cogliere le esigenze degli interlocutori/utenti e non tempestivo nelle risposte - E' disponibile con qualche resistenza a farsi carico delle esigenze degli utenti - I rapporti assunti verso gli utenti interni ed esterni soddisfano le aspettative. - Il comportamento assunto verso il cliente esterno ed interno supera le aspettative

NOME DEL DIPENDENTE _____

QUALIFICA _____

PUNTEGGIO COMPLESSIVO _____ Ogni voce genera un punteggio da 1 a 5 a seconda della posizione valutata nei descrittori di giudizio.

FIRMA VALUTATORE _____

DATA VALUTAZIONE _____

2.2.2 Performance organizzativa

PROSPETTO DEI RISULTATI ATTESI, riguardanti tutte le unità organizzative/operative dell'Ente.

In riferimento all'obiettivo strategico, per il triennio 2025-2027, la presente sezione del PIAO mira alla definizione e alla condivisione annuale del Prospetto dei risultati attesi, da elaborarsi a cura del Direttore, con il contributo di tutte le figure professionali operanti nell'Ente, in grado di inglobare:

- gli standard da inserire nella Carta dei Servizi dell'Ente e da comunicare ai clienti del Centro Servizi, oltre che agli organi istituzionali preposti;
- gli obiettivi assegnabili alle varie figure professionali operanti nell'Ente, al fine di precisare le specifiche responsabilità di ciascuno.
- Alcuni contenuti del PTPC.

Tutti i risultati attesi sono coerenti con gli obiettivi strategici ed operativi descritti nella premessa della presente sezione e mirano ad essere la risultante di un'analisi preventiva con tutti i ruoli interessati, nell'ambito di appositi incontri, con la partecipazione di ogni ruolo professionale, sostenuta da una capillare azione di formazione e informazione, come annualmente precisata con il Piano della Formazione.

Il prospetto risultati attesi dovrà di norma essere approvato entro il 28 febbraio di ogni anno ed eventualmente aggiornato nel corso dell'anno in relazione ai risultati del riesame della direzione.

anno 2025	Processo	sotto processo	UO DI RIFERIMENTO	obiettivo	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata	scadenza	RIFERIMENTO OB. OPERATIVO
1	Direzionale	Carta dei Servizi	RGQ	Sulla base dei dati sui monitoraggi dei primi dieci mesi dell'anno, elaborazione della proposta per l'anno successivo	data entro la quale predisporre la proposta di Carta dei Servizi, per l'anno successivo, per il CdA	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione e nel sito dell'Ente	30-apr-25	3c
2	Direzionale	rispetto standards	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con gli standard della Carta dei Servizi	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'85% degli standard	31 dic 2025	2a 2b
3	Direzionale	Prospetto risultati attesi	RGQ	Aggiornamento continuo dei servizi erogati dall'Ente	data entro la quale predisporre il Prospetto dei risultati attesi	entro il 30 Aprile, per l'anno corrente, con visualizzazione e nel sito dell'Ente	30-apr-25	2a 2b
4	Direzionale	raggiungimento risultati	RGQ	Raggiungimento degli obiettivi definiti con il Prospetto dei risultati attesi	percentuale di risultati ottenuti, rispetto a quelli attesi	almeno l'85% dei risultati attesi	31 dic 2025	2a 2b
5	Direzionale	Riesami della Direzione	RGQ	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione formalizzati	almeno 1 all'anno	31 dic 2025	2a 2b

6	Direzionale	reportistica di controllo economico	AMM	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo)	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	almeno 1 report trimestrale in contabilità economica	31 dic 2025	4c
7	Direzionale	reportistica di controllo occupazione posti letto	SOC	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	valutazione effettuata tramite apposita scheda	evidenza di una valutazione, da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del mese considerato	31 dic 2025	4d
8	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della manutenzione di edifici e arredi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3c
9	Ammissione e Ingresso	colloquio pre-inserimento	SOC	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento	tempo entro il quale effettuare il colloquio (data da apporre sul Mod)	almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 98% dei casi, esclusi quelli urgenti	31 dic 2025	1a 2b
10	Ammissione e Ingresso	visita medica iniziale	RESP SANIT	Adeguatezza e celerità nella effettuazione della prima visita medica, con valutazione parametri vitali	data entro la quale effettuare la visita	entro 48 ore dall'ingresso, nel 100% dei casi	31 dic 2025	1a 2b
11	Progettazione personalizzata	progettazione iniziale	COORD	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% dei casi	31 dic 2025	1a 2b
12	Progettazione personalizzata	relazione con i familiari	SOC	Adeguatezza e celerità nella comunicazione ai familiari degli obiettivi del PAI, definiti in UOI a cura dell'Assistente Sociale o del Responsabile di Area	data entro la quale effettuare la comunicazione, con l'ausilio della figura amministrativa di reception	entro 30 giorni dalla stesura, in UOI, nel 95% dei casi, con specifica rilevazione del consenso a 20 giorni dalla ricezione	31 dic 2025	1a 3a
13	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	prevenzione lesioni decubito	RESP SANIT	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio	10% massimo imputabile all'Ente, desumibile anche in itinere da un monitoraggio oggettivo	31 dic 2025	2b
14	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	preparazione farmaci	RESP SANIT	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nei blister su N controlli, verso scheda terapia	almeno il 98%, come desumibile dalla letteratura	31 dic 2025	2b

15	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bisogni assistenziali	OSS	Adeguatezza e celerità nella compilazione della scheda assistenziale a pittogrammi, da parte dei Coordinatori Nucleo	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva dei bisogni dell'ospite, da parte del Coordinatore di Nucleo	entro 15 giorni dall'ingresso o dalla specifica comunicazione e da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2025	1a 2b
16	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione del dolore	RESP SANIT	Adeguatezza e celerità della valutazione del dolore, sia all'ingresso, sia a seguito delle evoluzioni del singolo caso	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale o successiva del dolore, da parte dell'IP, con la collaborazione dell'OSS	entro 1 giorno lavorativo, dall'ingresso o dalla specifica comunicazione e da parte delle altre figure professionali, nel 100% dei casi	31 dic 2025	1a 2b
17	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	bagno assistito	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 8 giorni con anziani e 2 volte a settimana con disabili, nel 95% dei casi, con evidenza	31 dic 2025	2b
18	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	valutazione potenzialità riabilitative	FKT	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale del FKT, in ingresso e non, con i necessari ausili	tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale da parte del FKT	entro 1 settimana, nel 95% dei casi	31 dic 2025	1a 2b
19	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	intervento riabilitativo	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 95% dei casi	31 dic 2025	2b
20	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio ristorazione	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	2b
21	Tecnico-alberghiero-benessere	servizio parrucchiere/a	EDU	Adeguatezza e sistematicità nell'erogazione del servizio di parrucchiere/a, su richiesta e a pagamento	numero di tagli e acconciature	1 taglio e piega almeno 8 volte l'anno nel 95% dei casi, più 1 volta al mese in privato	31 dic 2025	2b
22	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione parenti e ospiti	COORD	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di parrucchiera	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2025	3b

23	Monitoraggio	soddisfazione parenti e ospiti	RGQ	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti dei servizi erogati, complessivamente intesi	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati integralmente	media di almeno l'80% , sul totale dei questionari compilati integralmente	31 dic 2025	3b
24	Monitoraggio	verifiche interne	RGQ	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	numero di verifiche interne per i sottoprocessi del SQ dell'Ente	1 ogni 6 mesi, per almeno il 60% dei sottoprocessi individuati	31 dic 2025	2b
25	Monitoraggio	gestione del prodotto non conforme	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione delle non conformità protocollate	tempo tra data rilevazione NC e data comunicazione AC o AM	entro 20 giorni dalla data di protocollo, nel 90% dei casi	31 dic 2025	2b
26	Monitoraggio	Gestione dei reclami fondati	RGQ	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 20 giorni, nel 100% dei casi	31 dic 2025	3b
27	Monitoraggio	gestione della contenzione	RESP SANIT	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei monitoraggi riguardanti le contenzioni, con specifica evidenza scritta, per casi specifici	aggiornamento delle scheda presente nel SW CBA	almeno ogni 6 mesi, in concomitanza con la revisione del PAI	31 dic 2025	2b
28	Direzionale	soddisfazione verso Servizi amministrativi	AMM	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio di ragioneria	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3b
29	Direzionale	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3b
30	Direzionale	soddisfazione verso servizio infermieristico	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3b

31	Direzionale	soddisfazione verso servizio riabilitativo	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3b
32	Direzionale	soddisfazione verso servizio animativo	EDU	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno l'85% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	3b
33	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	controllo stato di salute	COORD	Adeguatezza e sistematicità nella programmazione ed esecuzione di una visita medica, con valutazione parametri vitali, per tutti i clienti	visita medica programmata ed eseguita nell'arco di ogni mese	almeno 1 visita mensile programmata ed eseguita, nel 100% dei casi	31 dic 2025	2b
34	Progettazione personalizzata	progettazione periodica	SOC	Adeguatezza e celerità nella revisione del Progetto Assistenziale Individualizzato dei clienti	data entro la quale effettuare la revisione, con la SVM interna, del PAI precedente	entro 6 mesi dalla valutazione SVM interna, nel 95% dei casi, o comunque nel mese di scadenza	31 dic 2025	1a
35	Tecnico-alberghiero-benessere	soddisfazione verso servizio pulizia ambientale	COORD	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della pulizia e dell'ordine della stanza degli ospiti	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	media di almeno il 95% , sul totale dei questionari compilati	31 dic 2025	2b 3c
36	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Aumentare il numero di trattamenti sui pazienti singoli esterni	Numero trattamenti anno	4.000 trattamenti anno	31 dic 2025	4d
37	Assistenziale	Ambulatorio per Riabilitazione esterni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Ginnastica di gruppo con esterni	Numero incontri anno	20 incontri anno	31 dic 2025	4d
38	Amministrativo	Puntualità nell'emissione dell fatture	AMM	Rispettare il ciclo fatture come da regolamento	tempi di emissione del corpo principale della sede centrale.	entro il n di gg previsti da regolamento	31 dic 2025	4c

39	Amministrativo	Aggiornare la modulistica in materia di Privacy	AMM	Sistemare e aggiornare negli archivi informatici tutta la documentazione privacy afferente i vari uffici	Percentuale moduli archiviati	100% per ogni ufficio.	31 dic 2025	4e
40	Amministrativo	Puntualità pubblicazioni amministrazione trasparente	AMM	Registrazioni obbligatori su amministrazione trasparente	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti	100% per ogni ufficio.	31 dic 2025	4e
41	Amministrativo	puntualità e completezza applicazione piani formativo	AMM	organizzazione degli eventi sugli argomenti previsti dal piano	Percentuale eventi organizzati	Almeno l'80%	31 dic 2025	2c
42	Amministrativo	Pagamenti fatture ospiti	AMM	Passaggio al sistema SEPA RID per i pagamenti	Data del sistema attivo entro 30.09.2025	Sistema attivato e fruibile	30 giu 2025	4e
43	Amministrativo	Servizi esternalizzati	AMM	Controllo sulla rendicontazione fornitori esterni	Data di decorrenza del del sistema 01.07.2025	Protocollo di controllo della rendicontazione delle ditte esterne	30 giu 2025	4e
44	Amministrativo	Comunicazione promozionale	AMM/EDU	Implementazione e mantenimento principali social attività ed eventi	Decorrenza implementazione e 01.07.2025	Sistema implementato e mantenuto	30 giu 2025	3d
45	Amministrativo	Comunicazione verso i familiari	AMM/EDU	Pubblicazione e aggiornamento sul sito o con altre forme accessibili calendario attività di animazione ed eventi	Decorrenza implementazione e 01.07.2025	Sistema implementato e mantenuto	30 giu 2025	3d
46	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Comunicazione verso i familiari	RESP SANIT	Comunicazione puntuale aspetti sanitari	Percentuale di comunicazioni ai familiari su importanti variazioni sanitarie ospiti entro 3 giorni	100% delle variazioni significative	31 dic 2025	3a 3d
47	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Comunicazione verso i familiari	COORD/SOC	Protocollo Sportello con riferimenti aggiornati	Ad ogni variazione ed a tutti i nuovi utenti	100%	31 dic 2025	3d
48	Direzionale	manutenzioni edifici e arredi	MAN	Puntualità e completezza nella compilazione dei registri di controllo	Percentuale compilata rispetto al dovuto	almeno l'85%	31 dic 2025	2b 3c
49	Direzionale	Abbellimento zone esterne	MAN	Predisposizione vasche con fiori nelle entrate e mantenimento con Innaffiatura	Presenza di fiori vitali durante la primavera estate	Fiori nelle entrate da Aprile a Ottobre	30 Giu 2024	3c

50	Direzionale	Abbellimento zone esterne	MAN	Sfalcio diretto erba con regolarità	Aspetto delle zone verdi in ordine	Almeno l'85% dei giorni da Aprile a ottobre	31 ott. 2025	3c
51	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Misurazione parametri	COORD - IP	Monitoraggio e registrazione parametri vitali (TA, FC, SAT)	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti (almeno ogni 14 giorni)	100% per ogni ospite	31 dic 2025	2b
52	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Misurazione parametri	COORD - OSS	Monitoraggio e registrazione parametri vitali (peso)	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti (almeno 1 volta al mese)	100% per ogni ospite	31 dic 2025	2b
53	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Controllo scadenza farmaci e presidi	COORD - IP	Monitoraggio e registrazione controlli nei vari armadi di tutti i nuclei in carico all'Ente	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti (almeno ogni 3 mesi)	100% per ogni armadio di nucleo	31 dic 2025	2b
54	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Corretta gestione eventi	COORD - IP	Corretta e completa registrazione su CBA eventuali eventi cadute	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti (nel turno di lavoro dove successa la caduta) anche su CBA	100% per ogni evento	31 dic 2025	2b 3c
55	Sanitario-Riabilitativo-Assistenziale	Monitoraggio alimentazione/idratazione	COORD - OSS	Corretta e completa registrazione diario alimentare/idratazione	Percentuale Registrazioni obbligatorie nei tempi previsti (per ogni turno di lavoro) per gli ospiti dove prescritto	100% per ogni prescrizione	31 dic 2025	2b
56	Riabilitativo-Educativo	Mantenimento capacità cognitive e sociali	COORD - EDU	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale dell'EDU, in ingresso e non.	Valutazione delle competenze sociali dell'ospite e pianificazione di attività dedicate	Entro 30 giorni dall'ingresso o dalla evidenziazione e di particolari problemi nel 95% degli ospiti. Verifica su diario personalizzato CBA.	31 dic 2025	1a 2b
57	Riabilitativo-Educativo	Pianificazione delle attività	COORD - EDU	Produzione di programma da inviare ai familiari	Data entro la quale predisporre la proposta da inviare ai familiari	Due volte l'anno, con programma primaverile/estivo ed autunno/invernale	31 dic 2025	3a 2b 3c
58	Sanitario - assistenziale - alberghiero	HACCP	CUCINA	Monitoraggio temperature celle frigorifere	Percentuale di registrazioni giornaliere	Registrazioni al 100%	31 dic 2025	2b

59	Sanitario – assistenziale - alberghiero	HACCP	COORD – CAPO CUOCO	Gestione e monitoraggio pulizie	Corretta compilazione ceck-list giornaliera	Percentuale di corretta compilazione delle ceck-list mensili archiviate al 95%	31 dic 2025	2b
60	Sanitario – assistenziale - alberghiero	Monitoraggio gradimento alimentare ospiti	COORD – CAPO CUOCO	Monitoraggio del gradimento delle preparazioni e dei menù da parte degli ospiti	Interviste dirette agli ospiti	Compilazione dei questionari di gradimento e valutazione dei risultati Almeno bimestrale in tutte le sedi	31 dic 2025	2b
61	Assistenziale	Riabilitazione interni	FKT	Organizzare ogni anno un numero adeguato di incontri di Ginnastica di gruppo con interni	Numero incontri anno	30 incontri su base annua	31 dic 2025	2b

Obiettivi del segretario direttore

- a. Mantenere alta l'occupazione dei posti letto compatibilmente con le limitazioni imposte dall'emergenza e ad altri fattori imprevedibili;
- b. Agire in maniera positiva sulla qualità percepita dei servizi in genere, con particolare riferimento all'animazione;
- c. Mettere in atto il previsto sistema di premialità e relativo sistema di controlli sui risultati attesi.
- d. Ottenere i rinnovi delle autorizzazioni all'esercizio/accreditamenti in scadenza.
- e. Tenere sotto controllo il recupero crediti.
- f. Proseguire con l'opera volta al risparmio energetico.
- g. Miglioramento della filiera alimentare dalla materia prima alla somministrazione
- h. Monitoraggio diretto della qualità dei Servizi

VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI E PREMIALITA' CONNESSA ALLA PARTE VARIABILE DEL FONDO RISORSE DECENTRATE 2025-2026-2027.

Al termine di ogni anno ed anche in itinere, tutti i possibili risultati attesi saranno oggetto di una valutazione del grado di realistico raggiungimento, sia complessivo, che per Area, che per singola figura professionale, al fine di stimare con pertinente attendibilità il Prospetto dei risultati da proporre per lo specifico anno successivo, con valenza premiante.

Sulla base di siffatte premesse, la premialità per il triennio 2025-2027, da erogarsi a consuntivo, si mira all'adozione dei seguenti **criteri con quote da stabilirsi in sede contrattuale integrativa:**

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il grado di raggiungimento dei risultati definiti con il Prospetto dei Risultati attesi per l'anno considerato e concluso, valevoli per tutte le figure professionali operanti nell'Ente, al netto di un'adeguata valutazione delle non Conformità oggettivamente non imputabili ai soggetti responsabili.

A questa quota concorrono tutti i dipendenti con l'utilizzo di parametri che assicurino un'equa distribuzione, tenendo conto dei seguenti criteri:

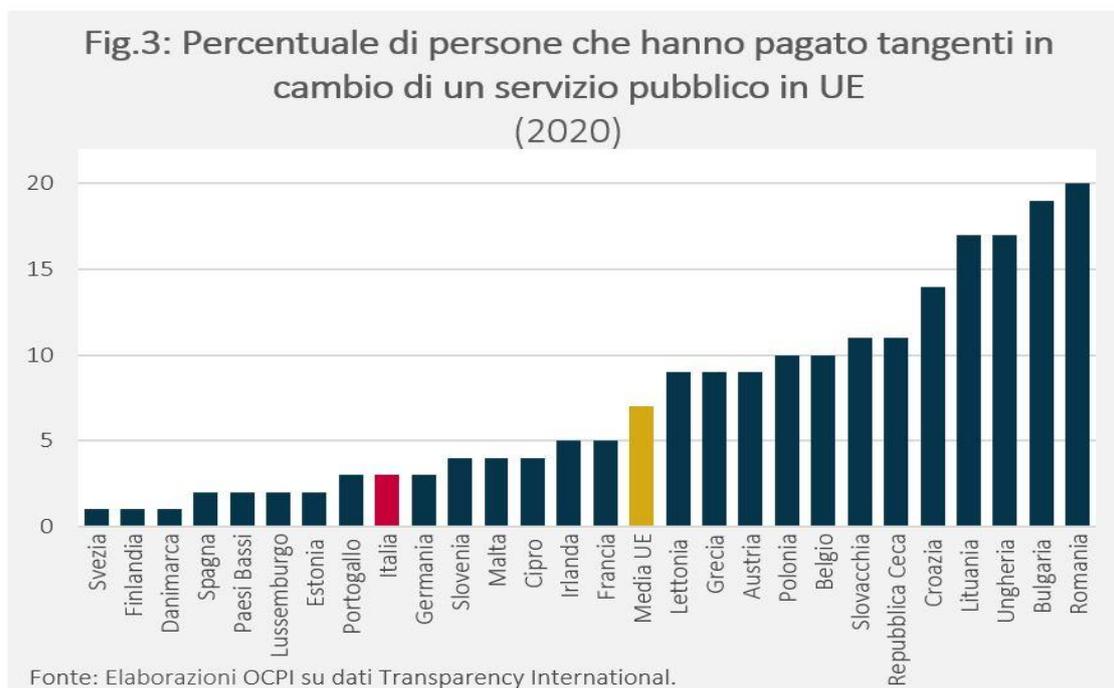
1. Sono ammessi alla ripartizione i dipendenti che, nella valutazione ai fini della performance individuale, abbiano conseguito un punteggio complessivo non inferiore al 50% del limite massimo.

2. Sono ammessi alla ripartizione i dipendenti che, nel corso dell'anno di valutazione, abbiano assicurato un numero di giorni di presenza superiore a 90. I dipendenti in part time concorrono secondo la percentuale della loro presenza in servizio.
3. Il totale della quota destinata alla performance organizzativa sarà suddiviso tenendo conto del grado di raggiungimento degli obiettivi del piano della performance assegnati all'Unità Operativa, ponderato con il numero di dipendenti afferenti l'UO stessa.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

L'indice di percezione della corruzione di Transparency International del 2021, contenuto in un rapporto recentemente pubblicato, mostra un netto miglioramento per l'Italia rispetto al 2020, riprendendo la tendenza positiva interrottasi proprio nel 2020. Tuttavia, l'Italia è ancora lontana dalla media europea, riguardo l'esperienza diretta della corruzione, il nostro paese ricopre una posizione migliore rispetto alla media UE.

Riguardo l'esperienza della corruzione, il 3 per cento degli italiani che hanno interagito con la pubblica amministrazione dichiara di aver pagato tangenti in cambio di un servizio pubblico negli ultimi 12 mesi. Il dato italiano è inferiore rispetto a quello medio europeo (7 per cento), indicando che il nostro paese figura meglio negli indici di esperienza della corruzione rispetto a quelli di percezione della corruzione. Ciò detto, la media europea è pesantemente influenzata da valori molto elevati per i paesi Est Europei, mentre rimaniamo al di sopra dei paesi nordici, che si confermano essere i meno corrotti d'Europa (Fig. 3). Inoltre, il pagamento di una tangente per ricevere un servizio pubblico non esaurisce tutte le forme di possibile corruzione e non comprende quelle principali nel nostro paese (per esempio, pagare una tangente per vincere un appalto pubblico).



Per quanto riguarda direttamente l'attività di questo Ente, si segnala che nel corso del triennio 2020-2023 non si sono registrati procedimenti, interessanti direttamente l'Ente o i propri dipendenti, per fatti relativi ad attività di cui al presente PTPC:

2.3.1 Soggetti, compiti e responsabilità della strategia di prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono alla strategia di prevenzione della corruzione all'interno dell'Amministrazione e i relativi compiti e funzioni sono i seguenti.

SOGGETTI	COMPITI
Consiglio di Amministrazione	Organo di indirizzo politico cui competono la definizione degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario e parte integrante dei documenti di programmazione strategico – gestionale, nonché entro il 31 gennaio di ogni anno, l'adozione iniziale ed i successivi aggiornamenti del PTPCT
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	<p>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Dott. Tessari Emilio nella sua qualità di <u>segretario direttore</u> pro tempore – figura individuate con delibera del CDA n. 42 del 20.05.2022, il quale assume diversi ruoli all'interno dell'amministrazione e per ciascuno di essi svolge i seguenti compiti:</p> <p><u>in materia di prevenzione della corruzione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - obbligo di vigilanza del RPCT sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano; - obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; - obbligo di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, co. 7, l. 190/2012). <p><u>in materia di trasparenza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione; - segnalare gli inadempimenti rilevati in sede di monitoraggio dello stato di pubblicazione delle informazioni e dei dati ai sensi del D.lgs. n. 33/2013; - ricevere e trattare le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta con riferimento all'accesso civico generalizzato. <p><u>in materia di whistleblowing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ricevere e prendere in carico le segnalazioni; - porre in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute. <p><u>in materia di inconferibilità e incompatibilità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e, per i soli casi di inconferibilità, dell'applicazione di misure interdittive; - segnalazione di violazione delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità all'ANAC. <p><u>in materia di AUSA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sollecitare l'individuazione del soggetto preposto

Titolari di – Elevata Qualificazione (ex Posizione Organizzativa)	<p>Danno comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di fatti, attività o atti, che si pongano in contrasto con le direttive in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.</p> <p>Garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli obblighi di legge in materia di trasparenza e pubblicità.</p> <p>Partecipano al processo di gestione dei rischi corruttivi.</p> <p>Applicano e fanno applicare, da parte di tutti i dipendenti assegnati alla propria responsabilità, le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa.</p> <p>Propongono eventuali azioni migliorative delle misure di prevenzione della corruzione.</p> <p>Adottano o propongono l'adozione di misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale.</p>
I dipendenti	<p>Partecipano al processo di valutazione e gestione del rischio in sede di definizione delle misure di prevenzione della corruzione.</p> <p>Osservano le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza contenute nella presente sezione del PIAO.</p> <p>Osservano le disposizioni del Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici e del codice di comportamento integrativo dell'Amministrazione con particolare riferimento alla segnalazione di casi personali di conflitto di interessi.</p> <p>Partecipano alle attività di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza organizzate dall'Amministrazione.</p> <p>Segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della Prevenzione della Corruzione o all'U.P.D..</p>
Collaboratori esterni	<p>Per quanto compatibile, osservano le misure di prevenzione della corruzione contenute nella presente sezione del PIAO.</p> <p>Per quanto compatibile, osservano le disposizioni del Codice di comportamento Nazionale e del Codice di comportamento integrativo dell'Amministrazione segnalando le situazioni di illecito.</p>

Partecipano inoltre alla realizzazione della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Amministrazione i seguenti soggetti con un ruolo consultivo, di monitoraggio, verifica e sanzione.

SOGGETTI	COMPITI
Ufficio Procedimenti disciplinari (U.P.D.)	Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza. Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria.
Nucleo di Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipa al processo di gestione del rischio; - considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti; - svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013); - esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Amministrazione comunale (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001); - verifica la corretta applicazione del piano di prevenzione della corruzione da parte dei Dirigenti ai fini della corresponsione della indennità di risultato; - verifica coerenza dei piani triennali per la prevenzione della corruzione con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance; - verifica i contenuti della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, potendo chiedere, inoltre, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e potendo effettuare audizioni di dipendenti; - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
Collegio dei Revisori dei conti	<ul style="list-style-type: none"> - Analizza e valuta, nelle attività di propria competenza, e nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti, le azioni inerenti la prevenzione della corruzione ed i rischi connessi, riferendone al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. - Esprime pareri obbligatori sugli atti di rilevanza economico-finanziaria di natura programmatica

2.3.2 Sistema di gestione del rischio Mappatura dei processi e valutazione

La definizione del livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi dei processi è importante al fine di individuare quelli su cui concentrare l'attenzione per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio e guidare l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

La Fondazione don Mozzatti d'Aprili in base alle indicazioni contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, ha provveduto ad elaborare una metodologia qualitativa per l'individuazione e la stima del rischio.

La metodologia elaborata per misurare il rischio, come descritta nell'allegato "Analisi dei rischi corruttivi", come indicazioni dell'allegato 1 del PNA 2019 è stato adottato per un'analisi di tipo **qualitativo**, accompagnata da adeguate motivazioni documentabili **rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi**.

Per ogni processo posto sotto analisi sono state prese in considerazione le seguenti caratteristiche:

Discrezionalità
Rilevanza esterna
Complessità
Valore economico
Controlli
Trasparenza interna procedure
Trasparenza esterna finale

In base a questo sono stati elaborati i seguenti due punti.

Considerazioni e giudizio
strategie/obiettivi per il controllo del rischio

Sono stati analizzati i seguenti processi:

- Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
- Gestione delle entrate e delle spese;
- Selezione del personale;
- Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente;
- Conferimento di incarichi di collaborazione;
- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale;
- Procedure di accesso a servizi in regime semiresidenziale;
- Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti;
- Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture – ufficio appalti – responsabili esecuzione contratti -	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa nelle procedure con importi medio alti e viceversa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Il Rup coinvolge altre figure dell'Ente nelle procedure di affidamento
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge – E' ampio l'utilizzo della piattaforma elettronica già da anni.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	<p>Il tema appalti rappresenta solitamente uno dei settori più a rischio di eventi corruttivi.</p> <p>Si consideri che l'Ente per la sua complessità conta circa 75 forniture/servizi diversi con relative differenti ditte di riferimento. Di questi circa il 30% sono microaffidamenti cioè sotto i 5.000 € – altro 30% è nella fascia 5.000-10.000 - un altro 10% lo troviamo sotto i 40.000 sopra i 40.000 € ma sotto la soglia comunitaria troviamo un 18%, le prestazioni professionali sono circa il 6% e le procedure aperte sono circa il 6%. La stazione appaltante è qualificata e viene fatto un ampio utilizzo della piattaforma elettronica soprattutto per le procedure sopra i 10.000 euro.</p> <p>L'Ente di dimensioni ridotte si presta ad un controllo incrociato da parte degli altri dipendenti coinvolti sia nella fase di costruzione delle procedure che nelle fasi successive fino alla esecuzione, e dei numerosi stakeholder che frequentano la struttura.</p> <p>Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.</p>

STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DE RISCHIO	L'Ente già da 5 anni si avvale di una consulenza specializzata in materia di contratti pubblici e quindi le strategie sono le seguenti: Proseguire con la consulenza specializzata – utilizzare il più possibile la piattaforma per le procedure – continuare con il coinvolgimento mirato di più personale dell'Ente negli affidamenti – privilegiare i contatti trasparenti a mezzo mail - Pubblicare i dati a norma di Legge – Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.
---	--

Gestione delle entrate e delle spese – ufficio ragioneria – assistente sociale – responsabili esecuzione appalti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Ci sono procedure ben definite per il controllo delle fatture che arrivano dai fornitori. La responsabilità del ciclo fornitura/pagamento è suddivisa su più persone, con un sistema che si presta al controllo incrociato.
Trasparenza esterna finale	Ogni azione, che siano incassi o pagamenti ha un risvolto su terze persone.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Tutto il processo è informatizzata attraverso programma gestionale che lascia poco spazio alla discrezionalità. I puti più vulnerabili diventano le forniture ma anche nel caso di specie si sono informatizzati gli ordini e si è in grado di avere uno storico dei consumi. Ogni eventuale variazione significativa di spesa viene segnalata e vengono analizzate le cause. Tutto questo depone per un rischio – MEDIO
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	- Continuare con il controllo delle fatture in entrata e con la trasparenza interna - Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Selezione del personale – Ufficio Personale	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni – per ogni procedura sono coinvolte in maniera attiva più persone.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La selezione del personale oggi ha capovolto i paradigmi, perlomeno per quanto riguarda le principali professionalità necessarie all'Ente. Infatti nel settore sanitario, socio sanitario ed a volte alberghiero, oggi la domanda supera l'offerta facendo venire decisamente meno il rischio di eventi corruttivi. Restano le selezioni per altre professionalità che sono eventi più rari. Tutto questo depone per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente – Ufficio Personale – Responsabili valutazione dipendenti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Media nelle valutazioni al personale dipendente. Bassa in tutto il resto.
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso in maniera assoluta, significativo per il singolo.
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni cruciali passano per il protocollo. Tutte le procedure e i criteri sono “contrattati” con le OO.SS. e le RSU interne e pubblicate nel Contratto integrativo.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Di tutto il paragrafo l’unico punto che presenta un certa discrezionalità, seppur calmierata, è la valutazione della performance individuale. Le figure che eseguono la valutazione sono tre: il Direttore che valuta il personale dell’area A e C e i Coordinatori (8 persone) – Il Coordinatore e la responsabile sanitaria che valutano tutto il restante personale. Tutte le valutazioni vengono poi controllate e controfirmate dal Direttore. L’interessato valutato ha comunque la facoltà di chiedere spiegazioni e rivalutazioni. Tutto questo depone per un rischio – MEDIO
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie messe in atto per diminuire la soggettività nel giudizio sono essenzialmente tre. Innanzitutto la scheda utilizzata è molto puntuale nelle richieste ed il punteggio finale è la somma di domande specifiche e, spesso, anche documentabili al bisogno. Questo agevola la seconda strategia in quanto anche il Direttore che controfirma e solitamente conosce le situazioni, può rendersi conto di come nasce la valutazione. La terza strategia consiste in incontri di condivisione dei criteri fra i tre valutatori ad inizio di ogni sessione di valutazione. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione è l’ulteriore strategia.

Conferimento di incarichi di collaborazione – Ufficio personale – Ufficio Appalti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni – per ogni procedura sono coinvolte in maniera attiva più persone.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La selezione del personale oggi ha capovolto i paradigmi, perlomeno per quanto riguarda le principali professionalità necessarie all’Ente. Infatti nel settore sanitario, socio sanitario ed a volte alberghiero, oggi la domanda supera l’offerta facendo venire decisamente meno il rischio di eventi corruttivi. Restano le selezioni per altre professionalità che sono eventi più rari. Tutto questo depone per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Procedure di accesso a servizi in regime residenziale – Assistente sociale - Coordinatore	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni.
Trasparenza esterna finale	Nella carta dei servizi sono descritte le modalità di accesso e quindi il cittadino può avere riscontro del loro rispetto.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La discrezionalità è solitamente bassa in quanto l'accesso ai servizi in regime residenziale è perlopiù regolato dall'Ufficio residenzialità dell'ULSS 9. Rimane una certa discrezionalità presso i nuclei Barchessa e Corte Scolette. Ma in questo caso è raro che si presenti una domanda che superi l'offerta e questo fa venir meno l'oggetto dell'eventuale atto corruttivo. Tutto questo depono per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Procedure di accesso a servizi per esterni- Fisioterapisti – responsabile sanitaria – Segreteria prenotazioni	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa / media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	bassa
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le prenotazioni passano per la segreteria e per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni.
Trasparenza esterna finale	Nella carta dei servizi sono descritte le modalità di accesso e quindi il cittadino può avere riscontro del loro rispetto.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	I servizi per esterni sono sostanzialmente la riabilitazione e il prelievo ematico per analisi ai c.d. pazienti fragili. In questo contesto l'unico aspetto che potrebbe presentare qualche rischio è quello legato alle liste di attesa e ad eventuali favoritismi in tal senso. Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Stabilire un protocollo di eventuali casi in cui l'intervento è ritenuto prioritario (es. post frattura etc.). Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti - Coordinatore - OSS	
Caratteristiche	
Discrezionalità	media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le attività assistenziali sono tutte regolate da piani di lavoro.

Trasparenza esterna finale	I familiari hanno accesso ai reparti e possono rendersi conto delle condizioni. Restano però esclusi determinati momenti della giornata e la notte.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Il rischio potenziale in questo caso è nella messa in atto di trattamenti di favore o di particolare riguardo rispetto ad alcuni ospiti in cambio di riconoscimenti. Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie più efficaci da mettere in atto sono quelle del controllo, da parte dei Responsabili di piano e a loro volta dal Coordinatore dei servizi. Altra strategia è quella di dialogare con il gruppo incentivando la segnalazione e il Wistleblowing. Fare formazione e sensibilizzazione sul tema etica e anticorruzione – parlarne.

Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura – Coordinatori - infermieri - OSS	
Caratteristiche	
Discrezionalità	bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Ci sono delle procedure nei casi di decesso di un ospite.
Trasparenza esterna finale	I familiari vengono tempestivamente informati.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Il rischio potenziale in questo caso è nella messa in atto di trattamenti di favore nei confronti di imprese funebri in cambio di riconoscimenti. E' da sottolineare che, al contrario di quanto accade negli ospedali, l'evento è raramente improvviso e solitamente non vengono chiesti consigli al personale della struttura Tutto questo depono per un rischio – BASSO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie più efficaci da mettere in atto sono quelle del controllo, da parte dei Responsabili di piano e a loro volta dal Coordinatore dei servizi. Altra strategia è quella di dialogare con il gruppo incentivando la segnalazione e il Wistleblowing. Fare formazione e sensibilizzazione sul tema etica e anticorruzione – parlarne.

Si rimanda all'Allegato 1 del presente Piano per tutti i dettagli e le considerazioni in merito alla metodologia utilizzata per l'individuazione e la stima del rischio.

2.3.3 Strumenti ed obiettivi per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

Progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio

Revisione dei regolamenti

Il RPCT, in collaborazione con lo staff amministrativo provvede regolarmente ad analizzare i regolamenti vigenti dell'Ente, elaborando le opportune modifiche e/o integrazioni finalizzate alla diminuzione del rischio di corruzione, mediante semplificazione dei processi e procedimenti, dematerializzazione, ove possibile, delle procedure, garanzie di trasparenza ecc.

Agli stessi criteri sarà ispirata anche la redazione di eventuali nuovi regolamenti. Il RPCT eventualmente valuterà se relazionare al Consiglio di Amministrazione, anche nel caso in cui non rilevasse l'opportunità di alcuna modifica o integrazione.

Tempi e fasi di attuazione: analisi e stesura entro il 31.12.2025.

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi, direttore, coordinatore dei servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: approvazione della delibera del CdA o della determina dirigenziale entro il 31.12.2025.

Rappresentazione grafica ed informatizzazione dei processi

Allo stato attuale, non sembra necessaria la rappresentazione grafica dei processi decisionali a elevato rischio di corruzione, in quanto i processi sono piuttosto lineari e sono già descritti nella mappatura e nell'analisi dei rischi.

Attività diretta alla prevenzione di situazioni di conflitto di interesse anche per attività non di carattere amministrativo

La disciplina normativa prevede che il soggetto in situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, in merito ad un determinato processo assegnatogli, ha l'obbligo di segnalazione al proprio responsabile della situazione di conflitto con conseguente dovere di astensione.

Si ritiene che tale situazione possa verificarsi non solo in ambito amministrativo in ordine all'iter di un procedimento amministrativo, ma anche nel processo assistenziale a carico dei soggetti in esso coinvolti, ritenendo quindi che, anche in tali casi, debba applicarsi il medesimo dovere di astensione (es. dipendente assegnato al medesimo reparto dove si trova ricoverato un suo parente). Sarà svolta specifica attività di monitoraggio per verificare l'esistenza di tali situazioni e sarà cura del RPCT porre in essere le misure atte a porre rimedio a situazioni eventualmente esistenti e ad impedire che si creino in futuro, fatte comunque salve le prioritarie esigenze assistenziali dell'ospite.

Tempi e fasi di attuazione: entro il 31.12 di ogni anno.

Responsabile/i dell'attuazione: ufficio personale, Coordinatore dei Servizi, direttore generale.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: informativa inviata a tutti i nuovi dipendenti.

Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità

In attuazione delle disposizioni del d.lgs. 39/2013, con particolare riferimento alle verifiche e ai controlli dell'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, sarà svolta specifica attività di controllo a campione delle autocertificazioni acquisite in sede di attribuzione dell'incarico, al fine di accertare la veridicità e completezza di quanto dichiarato dagli interessati, rinviando per i dettagli alle specifiche linee-guida di cui alla delibera ANAC n° 833 del 3/8/2016.

Tempi e fasi di attuazione: entro il 31.12 di ogni anno.

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: elenco nominativi campionati e verificati.

E' da sottolineare come nel caso di specie gli incarichi dirigenziali siano eventi rari e singoli.

Azioni di sensibilizzazione

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate mediante il PTPC, il coinvolgimento e l'ascolto di tutto il personale, anche tenuto conto del periodo di "stasi" che ha coinvolto l'Ente in molti "processi" ivi compreso quello oggetto del presente piano. Sarà data particolare attenzione, pertanto, alla diffusione del presente documento e della specifica condivisione con tutti i capi area/servizi dell'Ente.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2024.

Responsabile/i dell'attuazione: direttore/ responsabili ufficio personale

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: verbali riunioni effettuate.

Codice di comportamento

Questo Ente oltre all'applicazione di quanto stabilito dal codice di cui al D.P.R. n° 62/2013, provvederà ad adottarne uno proprio che integra e specifica quello adottato dal Governo.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2025.

Responsabile/i dell'attuazione: direttore/ responsabili ufficio personale

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: Atto approvato.

Rotazione degli incarichi

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione. Tuttavia anche

l'ANAC nel PNA riconosce l'impossibilità di applicare la misura della rotazione all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni, richiedendo peraltro un'adeguata motivazione nel PTPC delle ragioni della mancata applicazione dell'istituto.

Per quanto questo Ente riconosca la rilevanza di tale misura nella prevenzione dei fenomeni corruttivi, si evidenzia che, data la sua struttura dimensionale, risulta impossibile coniugare il principio della rotazione degli incarichi con l'efficienza degli uffici, visto il numero non elevato di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun ufficio. Per tale motivo l'interscambio del personale può compromettere la funzionalità della gestione amministrativa, per cui si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze e nei limiti delle concrete possibilità.

Basti pensare, come già detto, che su 6 dipendenti con qualifica "amministrativa" nell'ottica di risparmio ed ottimizzazione del personale, l'unico dirigente ad incarico a scadenza, è anche il responsabile dell'Area Amministrativa, dell'Area Tecnica, nonché responsabile dell'Ufficio Appalti e contratti, RUP e RPCT.

Anche per quanto riguarda l'ambito dei servizi socio-assistenziali, dove pure il numero di addetti, soprattutto con riferimento agli O.S.S., consentirebbe un'applicazione più puntuale della misura, occorre tener in considerazione come, in molti casi, il rapporto di diretta conoscenza personale con gli ospiti sia valore da salvaguardare nell'ottica di garantire una migliore assistenza agli ospiti stessi. L'interscambio del personale potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza prestata per il fatto che, in parecchi casi, gli addetti rappresentano per gli ospiti importanti figure di riferimento la cui eventuale sostituzione potrebbe avere ripercussioni negative per gli assistiti. Pertanto, si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze. Inoltre avendo una buona fetta di personale limitazioni date dal medico del lavoro ed avendo le varie sedi diversi indici di MAPO a seconda della gravità degli ospiti, risulta impossibile spostare personale da determinate sedi.

Come consigliato nel PNA, si cercherà tuttavia, di sviluppare altre misure organizzative di prevenzione alternative alla rotazione, che però sortiscano un effetto analogo a questa, favorendo una maggiore compartecipazione del personale alle attività, soprattutto per quanto riguarda i processi identificati come più a rischio, attraverso la promozione di meccanismi di condivisione delle fasi dei processi, anche mediante momenti di affiancamento del personale. Tale misura sarà applicata previa analisi finalizzata ad attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze, al fine di evitare eccessive concentrazioni di mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto.

Formazione del personale

La legge n. 190/2012 prevede la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. Nel 2021 e nel 2022 e nel 2023 si è proceduto ad una azione formativa per tutto il personale e si continuerà con il 2024.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2024.

Responsabile/i dell'attuazione: direttore/ responsabili ufficio personale

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: Formazione svolta.

Segnalazione di atti di corruzione – procedura e protezione del denunciante

Cosa è possibile segnalare:

- Comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato e che consistono in:
- illeciti amministrativi, contabili, civili o penali;
- condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 231/2001, o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti;
- illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea o nazionali relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare;

sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;

- atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione;
- atti od omissioni riguardanti il mercato interno;
- atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui agli atti dell'Unione.

canali di segnalazione

- interno (nell'ambito del contesto lavorativo) – mail anticorruzione@donmozzatti.it
- esterno (ANAC);
- denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

scelta del canale di segnalazione

I segnalanti possono utilizzare il canale esterno (ANAC) quando:

- non è prevista, nell'ambito del contesto lavorativo, l'attivazione obbligatoria del canale di segnalazione interna ovvero questo, anche se obbligatorio, non è attivo o, anche se attivato, non è conforme a quanto richiesto dalla legge;
- la persona segnalante ha già effettuato una segnalazione interna e la stessa non ha avuto seguito;
- la persona segnalante ha fondati motivi di ritenere che, se effettuasse una segnalazione interna, alla stessa non sarebbe dato efficace seguito ovvero che la stessa segnalazione potrebbe determinare un rischio di ritorsione;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;

I segnalanti possono effettuare direttamente una divulgazione pubblica quando:

- la persona segnalante ha previamente effettuato una segnalazione interna ed esterna ovvero ha effettuato direttamente una segnalazione esterna e non è stato dato riscontro entro i termini stabiliti in merito alle misure previste o adottate per dare seguito alle segnalazioni;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- la persona segnalante ha fondato motivo di ritenere che la segnalazione esterna possa comportare il rischio di ritorsioni o possa non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Interesse pubblico

Le segnalazioni devono essere effettuate nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato.

I motivi che hanno indotto la persona a segnalare, denunciare o divulgare pubblicamente sono irrilevanti ai fini della sua protezione.

Condizioni per la Segnalazione

Ragionevolezza

- Al momento della segnalazione o della denuncia all'autorità giudiziaria o contabile o della divulgazione pubblica, la persona segnalante o denunciante deve avere un ragionevole e fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate pubblicamente o denunciate siano vere e rientrino nell'ambito della normativa

Tutela della riservatezza

Protezione della riservatezza dei segnalanti

- L'identità del segnalante non può essere rivelata a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni;
- La protezione riguarda non solo il nominativo del segnalante ma anche tutti gli elementi della segnalazione dai quali si possa ricavare, anche indirettamente, l'identificazione del segnalante;
- La segnalazione è sottratta all'accesso agli atti amministrativi e al diritto di accesso civico generalizzato;
- La protezione della riservatezza è estesa all'identità delle persone coinvolte e delle persone menzionate nella segnalazione fino alla conclusione dei procedimenti avviati in ragione della segnalazione, nel rispetto delle medesime garanzie previste in favore della persona segnalante.

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

Appare opportuno sottolineare che l'attività di segnalazione da parte dei dipendenti delle condotte illecite, di cui siano venuti a conoscenza, deve essere effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione.

Il destinatario delle segnalazioni è il RPCT. Qualora le segnalazioni riguardino il RPCT, le stesse devono essere inviate direttamente all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

E' importante che nella segnalazione ci siano gli elementi utili per permettere al responsabile della prevenzione della corruzione di fare le verifiche, accertamenti e valutare la fondatezza dei fatti segnalati. Come stabilito nelle direttive dell'Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC la segnalazione in sintesi **deve contenere almeno:**

- I dati del segnalante (sono trattati tutelando la riservatezza);
- Il luogo (struttura) e periodo, anche indicativo, in cui si è verificato il fatto;
- la chiara descrizione del fatto.

Inoltre la segnalazione **deve contenere ogni altra informazione** conosciuta o documento che possa confermare la fondatezza dei fatti segnalati.

La segnalazione dovrà contenere gli elementi utili per consentire le dovute verifiche e riscontri della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione. E' quindi necessario che la stessa sia adeguatamente circostanziata, riguardi fatti riscontrabili e conosciuti direttamente dal segnalante e non riportati o riferiti da altri soggetti nonché contenga tutte le informazioni e i dati per individuare inequivocabilmente gli autori della condotta illecita.

All'atto del ricevimento della segnalazione, il RPCT avrà cura di separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione per tutta la durata dell'istruttoria del procedimento, rendendo impossibile risalire all'identità del segnalante.

Il RPCT, all'atto del ricevimento della segnalazione, provvederà, ad avviare, con le opportune cautele, la procedura interna per la verifica dei fatti rappresentati nella dichiarazione del segnalante. Nel rispetto della massima riservatezza e dei principi di imparzialità, potrà effettuare ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sugli episodi ivi rappresentati.

La segnalazione, dopo avere subito l'anonimizzazione e l'oscuramento in corrispondenza dei dati identificativi del segnalante, potrà essere trasmessa, a cura del RPCT, ad altri soggetti interessati per consentire loro le valutazioni del caso e/o le eventuali iniziative in merito da intraprendere; le risultanze dell'istruttoria dovranno essere comunicate al RPCT non oltre 30 giorni dalla ricezione della segnalazione, salvo proroga, per giustificato motivo, di ulteriore 15 giorni.

Qualora, all'esito delle opportune verifiche, la segnalazione risulti fondata, in tutto o in parte, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- 1) sussistendone i presupposti, ad avviare l'azione disciplinare a carico dei responsabili;
- 2) sussistendone i presupposti a presentare segnalazione all'Autorità competente a perseguire i comportamenti accertati (Autorità giudiziaria, Corte dei Conti, ANAC ecc.).

Il termine per la conclusione del procedimento viene fissato in 40 giorni naturali e consecutivi, dalla data del ricevimento della segnalazione, fatta salva la proroga motivata dei termini in caso di accertamento particolarmente complesso.

Il RPCT, a conclusione degli accertamenti nei termini di cui sopra, informa dell'esito o dello stato degli stessi il segnalante.

2.3.4 Monitoraggio sull'idoneità e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

In attuazione degli indirizzi contenuti nel PNA, si procederà al monitoraggio dell'implementazione delle misure contenute nel presente piano per prevenire/contrastare i fenomeni di corruzione semestrale e annuale in linea con i controlli degli obiettivi della performance, per poter applicare i correttivi in tempo utile.

Al controllo annuale si procederà anche con una valutazione di efficacia delle misure messe in atto.

2.3.5 Programmazione della Trasparenza.

Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio

Piccolo excursus dello strumento: In un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione, il novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013 ha disposto la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPC, prevedendo che debbano essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza. Pertanto, in adempimento di tale disposizione, si inseriscono di seguito i contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I), ove si trovano indicate le misure relative alla trasparenza che si intendono intraprendere, nonché i soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati, riservandosi un eventuale aggiornamento di tali contenuti dopo che saranno stati emanati i previsti provvedimenti dell'ANAC in materia.

Il tutto poi è confluito nel PIAO operativo dal 1° luglio 2022. Introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento", convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113

Trasparenza: Definizione

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

Integrità: Definizione

Ai fini del presente documento per integrità si intende il dovere, da parte dei cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche, di adempiere alle stesse “con disciplina e onore”.

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

Protezione dei dati personali

Il presente Programma Triennale è stato elaborato nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, in particolare:

- i dati pubblicati e i modi di pubblicazione sono pertinenti e non eccedenti rispetto alle disposizioni della legge;
- i dati sensibili vengono divulgati in forma anonima e in forma aggregata;
- i dati sono pubblicati in modo da evitare la proliferazione da parte dei motori di ricerca.

Selezione dei dati da pubblicare

L'Ente è dotato di apposita piattaforma guidata gestita in Host dalla ditta Robyone srl al seguente link <https://one33.robbyone.net/home.aspx?cid=129>

I dati da pubblicare sul sito istituzionale dell'Ente, ove pertinenti, sono indicati di seguito:

Sezione I – disposizioni generali

1. programma triennale per la trasparenza e l'integrità; (vedi altri contenuti PTPC)
2. attestazione di assolvimento degli obblighi di pubblicazione; (vedi altri contenuti PTPC)
3. Atti generali (comprende codice di condotta e codice disciplinare)

Sezione II – organizzazione

1. elenco degli amministratori dell'Ipab;
2. provvedimento di nomina degli amministratori in carica;
3. curriculum di ogni amministratore in carica;
4. indennità e rimborsi spese erogati agli amministratori su base annua;
5. dati relativi all'assunzione di altre cariche da parte degli amministratori, presso enti pubblici e privati, o incarichi con oneri a carico della finanza pubblica, e relativi compensi;
6. eventuali sanzioni per mancata comunicazione dei dati;

Sezione III – organizzazione 2

1. organigramma con articolazione delle Aree, dei servizi e degli uffici;
2. contatti telefonici e di posta elettronica;

Sezione IV – consulenti e collaboratori

1. tabella estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione, anche coordinata e continuativa, e di consulenza: soggetti percettori, ragione dell'incarico, ammontare erogato;
2. curriculum di ogni titolare di incarico;
3. tabella con i dati di cui all'art. 1, commi 123 e 127, della legge 662/1996 (compensi percepiti dai dipendenti dell'Ente anche per incarichi relativi a compiti e doveri d'ufficio, elenco dei collaboratori esterni e dei soggetti cui sono stati affidati incarichi di consulenza, con indicazione dell'incarico e dei compensi corrisposti);

Sezione V – personale dirigenziale

1. tabella dati di conferimento incarico a Direttore Generale (estremi dell'atto, nominativo, dipendente pubblica amministrazione o esterno, ragione dell'incarico e ammontare erogato);
2. curricula del Direttore Generale e dei dirigenti;
3. retribuzioni annuali del Direttore Generale e dei dirigenti, con specifica evidenza delle componenti variabili delle stesse;
4. tabella dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali e relativi compensi, per il Direttore Generale e per i dirigenti;
5. dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per il Direttore Generale e per i dirigenti;
6. elenco delle posizioni dirigenziali, con titoli e curricula, attribuite a persone individuate discrezionalmente dal Consiglio di Amministrazione;
7. eventuale avviso per posti di funzione dirigenziale disponibili;

Sezione VI – personale non dirigenziale

1. curricula dei titolari di posizioni organizzative;
2. dotazione organica al 31 dicembre di ogni anno;
3. tabella dati annuali sul costo del personale, suddiviso per aree, compresi i dipendenti a tempo determinato, i lavoratori somministrati e le attività libero professionali;
4. tabella elenco nominativo dipendenti a tempo determinato, lavoratori somministrati e attività libero professionali;
5. tabella dati trimestrali sui tassi di assenza del personale, suddiviso per aree;
6. tabella incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti, compresi i compensi;
7. link al sito web ARAN per la consultazione del CCNL;
8. contratto collettivo decentrato con relazione tecnico – finanziaria e illustrativa certificata dagli organi di controllo;

Sezione VII – bandi di concorso

1. bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati per assunzioni a tempo indeterminato e determinato;
2. tabella dei bandi di concorso e avvisi di selezione pubblica effettuati nell'ultimo triennio per assunzioni a tempo indeterminato e determinato, con graduatoria finale di merito e indicazione del personale assunto;

Sezione VIII – performance e benessere organizzativo

1. tabella nominativi, curricula e compensi dei componenti del Nucleo di Valutazione;
2. distribuzione dei premi di produttività e analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti;

3. dichiarazione sull'applicazione alle IPAB della disciplina della performance e dell'OIV;
4. relazione attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;

Sezione IX – enti o società controllati

1. tabella elenco delle società partecipate (ragione sociale, misura della partecipazione, durata dell'impegno, oneri a qualsiasi titolo gravanti sul bilancio dell'ente, numero dei rappresentanti dell'ente e trattamento economico complessivo spettante, risultati di bilancio degli ultimi tre anni, incarichi di amministratore e trattamento economico complessivo);
2. dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e di incompatibilità del medesimo, per gli amministratori degli enti o società controllati;
3. link al sito web degli enti controllati ove sono pubblicati i dati relativi ai compensi degli amministratori, dei dirigenti e dei titolari di incarichi di collaborazione o consulenza;
4. rappresentazione grafica sulle partecipazioni;

Sezione X – attività e procedimenti

1. elenco dei procedimenti amministrativi tipici;
2. tabella, per ogni procedimento amministrativo, contenente breve descrizione, ufficio responsabile dell'istruttoria e recapiti, modalità per ottenere informazioni sui procedimenti in corso; termini per la conclusione del procedimento, eventuale presenza di silenzio – assenso; strumenti di tutela amministrativa nei confronti del provvedimento finale, modalità per effettuare eventuali pagamenti; nome dell'eventuale soggetto cui è attribuito potere sostitutivo in caso di inerzia, eventuale modulistica standardizzata;
3. elenco semestrale deliberazioni del Consiglio di Amministrazione e determinazioni dirigenziali, contenente: identificativo, oggetto, eventuale spesa prevista;
4. monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali e degli impegni assunti con la Carta dei Servizi;
5. tabella dati di eventuali indagini di customer satisfaction sui servizi erogati;

Sezione XI – bandi di gara e contratti

1. bandi di gara d'appalto per i quali è prevista la pubblicazione, compresa la documentazione comunque soggetta a pubblicazione, esiti compresi;
2. tabella informativa sulle singole procedure ex art. 1, comma 32, D.Lgs. 33/2013;

Sezione XII – sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici

1. criteri e modalità per l'erogazione di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici;
2. tabella con elenco su base annuale di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e altri vantaggi economici erogati;

Sezione XIII - bilanci

1. bilancio di previsione e bilancio consuntivo in forma sintetica;

Sezione XIV – beni immobili e gestione patrimonio

1. elenco dei beni immobili patrimoniali;
2. importo su base annua dei canoni di affitto e locazione dei beni immobili patrimoniali;

Sezione XV – controlli e rilievi sull’amministrazione

1. rilievi non recepiti da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e rilievi di qualunque tipo da parte della Corte dei Conti ovvero dichiarazione di inesistenza su base annuale;

Sezione XVI – servizi erogati

1. carta dei servizi;
2. prospetto degli standards definiti per l’erogazione dei servizi, tabella dei tempi medi di attesa per i procedimenti amministrativi o dichiarazione di non sussistenza;

Sezione XVII – pagamenti dell’amministrazione

1. indicatore di tempestività dei pagamenti;
2. codice IBAN del conto di Tesoreria;
3. importo delle rette di ospitalità e altri servizi aggiornate annualmente;
4. modalità per il pagamento delle rette;

Sezione XVIII – opere pubbliche

1. piano triennale delle opere pubbliche e relazioni annuali;

Sezione XIX – altri contenuti: corruzione

1. piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
2. nominativo del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e relativi contatti;
3. relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione;
4. eventuali atti adottati in ottemperanza a provvedimenti dell’Autorità Nazionale Anticorruzione;
5. eventuali atti di accertamento della violazione del D.Lgs. 39/2013;

Sezione XX – altri contenuti: accesso civico

1. nominativo del responsabile della trasparenza a cui presentare richiesta di accesso civico e relativi contatti;
2. nominativo del titolare di potere sostitutivo, attivabile in caso di ritardo o mancata risposta del responsabile della trasparenza e relativi contatti;

Sezione XXI – altri contenuti: accessibilità e catalogo dati, metadati e banche dati¹

1. regolamento di disciplina dell’esercizio della facoltà di accesso telematico e di riutilizzo dei dati ai sensi dell’art. 52, comma 2, del D.Lgs. 82/2005;
2. catalogo dei dati, metadati e relative banche dati in possesso dell’Ente.

Responsabile per la trasparenza e la corruzione

Il responsabile per la trasparenza e per la prevenzione della Corruzione della IPAB “Fondazione Don Mozzatti D’Aprili” è individuato nel Segretario/Direttore.

Il RPCT svolge attività di controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa.

Il RPCT provvede all’aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati

I soggetti incaricati dell’individuazione ed elaborazione dei dati sono individuati nei funzionari e negli istruttori degli uffici amministrativi in ragione delle competenze dei propri uffici.

¹ Da prevedere, anche se, molto facilmente, nessuna IPAB ancora ha adottato tale regolamento.

I suddetti adempiono agli obblighi di pubblicazione nei tempi previsti dalla vigente normativa e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Sanzioni

La violazione delle misure previste dal presente PIAO sezione trasparenza, salva ogni eventuale ulteriore forma di responsabilità, costituisce comportamento contrario ai doveri d'ufficio e, come tale, sarà sanzionata disciplinarmente.

Monitoraggio sulle pubblicazioni

Questo Ente non rivesta un carattere di complessità, né per dimensione organizzativa, né per diversificazione delle attività svolte, né per articolazione territoriale, tale da richiedere verifiche infrannuali sull'attuazione delle misure previste dal presente PIAO sezione trasparenza. Pertanto, la verifica avverrà con le cadenze già previste dalle norme e dalle indicazioni puntuali dell'ANAC a cura del RPCT e del NDV.

3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa - Obiettivi di stato di salute organizzativa dell'Ente

3.1.1 Obiettivi per il miglioramento della salute di genere

Nella presente sezione viene effettuata la programmazione di azioni positive a valenza triennale, volte alla promozione delle pari opportunità, al miglioramento della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, nonché alla valorizzazione delle persone.

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, eventualmente in deroga al principio di uguaglianza formale, mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità tra i collaboratori.

Sono misure “speciali” – in quanto non generali ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta – e “temporanee” in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento.

Ai sensi della Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le Pari Opportunità, “*Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche*”, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

La pianificazione delle azioni positive è dunque funzionale all'individuazione di una gamma di strumenti semplici ed operativi per l'applicazione concreta delle pari opportunità, con lo scopo di favorire l'uguaglianza sostanziale dei collaboratori, il miglioramento della qualità del lavoro ed il benessere organizzativo. Il documento è stato redatto con la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia.

L'Amministrazione, consapevole dell'importanza di uno strumento finalizzato all'attuazione delle pari opportunità, intende proseguire nell'operazione di armonizzazione e sviluppo simbiotico della propria attività anche al fine di migliorare, nel rispetto di quanto stabilito da normativa e contrattazione collettiva vigenti, i rapporti con il personale dipendente e con i cittadini; in particolare, si ritengono prioritari i seguenti obiettivi:

- definire e attuare politiche che coinvolgano tutta l'organizzazione nel rispetto del principio di pari dignità e trattamento sul lavoro;
- *superare stereotipi di genere attraverso politiche organizzative, formazione e sensibilizzazione;*
- integrare il principio di parità di trattamento in tutte le fasi della vita professionale delle risorse umane affinché assunzione, formazione e sviluppo di carriera avvengano in base alle competenze, esperienze e potenziale professionale;
- sensibilizzare e formare tutti i livelli dell'organizzazione sul valore della diversità e sulle modalità di gestione delle stesse;
- monitorare periodicamente l'andamento delle pari opportunità e valutare l'impatto delle buone pratiche;
- individuare azioni a garanzia della parità di trattamento fornendo strumenti concreti per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Nei prossimi mesi deve riunirsi il nuovo C.U.G. per approvare il nuovo Piano delle Azioni Positive, ai sensi di legge.

La situazione presso la Fondazione don Mozzatti d'Aprili, così come approvato con delibera n. 3/2023:

A fronte di una continua ridefinizione delle strutture organizzative e del contesto normativo di riferimento, oltre che della sempre più pressante richiesta di servizi di qualità da parte dell'ULSS

competente per territorio e degli utenti, il personale dipendente dell'Ente si è progressivamente invecchiato.

In questo contesto la valorizzazione delle persone è un elemento fondamentale che richiede politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane coerenti con gli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi resi all'utente anziano, in regime di residenzialità, o che fruisce dei servizi della Struttura pur essendo ancora presso il proprio domicilio.

Come riportato nella Direttiva sopra citata *"un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è elemento imprescindibile per ottenere un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività sia di appartenenza"*.

L'impegno dell'Ente è costantemente orientato in questa direzione; in particolare:

- a rilevare annualmente il rischio da stress lavoro-correlato, compresa la verifica della presenza della sindrome del burn-out, con l'adozione di specifici "fattori sentinella";
- a favorire soluzioni per conciliare i tempi di lavoro e le esigenze familiari;
- a promuovere la formazione dei dipendenti con partecipazione a corsi sia esterni che residenziali, prevedendo anche frequenti momenti di formazione interna, anche attraverso delle periodiche riunioni.

Obiettivi Generali del Piano

L'IPAB Fondazione don Mozzatti d'Aprili nella definizione degli obiettivi si ispira ai seguenti **principi**:

1. Pari opportunità come condizione di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
2. Azioni positive come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità;
3. Garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, caratterizzato da relazioni interpersonali improntate al rispetto della persona ed alla correttezza dei comportamenti.

Specificità delle Azioni Positive

Dall'analisi della situazione lavorativa esistente presso l'Ente, si evidenziano le n. 8 Azioni Positive riconducibili ai diversi obiettivi evidenziati nella premessa e che allo stato attuale rispondono alle esigenze del gruppo di lavoro di questa IPAB:

1. Garanzia, come valore fondamentale da tutelare, del benessere psicologico dei lavoratori, assicurando condizioni di lavoro prive di comportamenti molesti e mobbizzanti;
2. Cultura della gestione delle risorse umane improntata a favorire le pari opportunità nello sviluppo della crescita professionale del proprio personale e a considerare le condizioni specifiche di uomini e donne;
3. Rimozione degli ostacoli che impediscono di fatto la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro tra uomini e donne;
4. Offerta di opportunità di formazione e di esperienze professionali e percorsi di carriera per riequilibrare eventuali significativi squilibri di genere (ma non solo) nelle posizioni lavorative;
5. Attuazione di politiche di conciliazione dei tempi e delle responsabilità professionali e familiari;
6. Sviluppo di criteri di valorizzazione delle differenze di genere all'interno dell'organizzazione;
7. Monitoraggio e costante analisi delle richieste/concessioni di variazione di orario/permessi e aspettative varie;
8. Accrescimento della formazione dei dipendenti sui temi di propria competenza con autoformazione individuale o di gruppo, con supporti cartacei e/o informatici o

partecipazione a eventi formativi.

3.1.2 Obiettivi per il miglioramento della salute digitale

La digitalizzazione della Pubblica Amministrazione è al centro delle politiche d'innovazione del settore pubblico: Transizione Digitale, Responsabile per la Transizione Digitale (RTD), Piano Triennale e quadro normativo. Digitalizzazione, innovazione, sicurezza. Sono questi i punti fondamentali della Missione 1 del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

L'obiettivo: un'Italia moderna, sia attraverso un settore produttivo più competitivo, sia grazie ad una **Pubblica Amministrazione semplice e al passo con le innovazioni informatiche**. In questo, il Governo italiano si è impegnato a promuovere una vera Transizione Digitale, con l'adozione di nuove tecnologie e investimenti importanti non solo nelle infrastrutture, ma anche nelle competenze digitali. Per la Pubblica Amministrazione, infatti, **digitalizzare significa anche ridefinire procedure, ruoli e servizi in chiave digitale per migliorare l'erogazione dei servizi al cittadino**. Se da un lato può apparire complesso, comprendere la digitalizzazione della PA è un passaggio fondamentale, in particolar modo per i dipendenti pubblici.

Per quanto concerne il nostro Ente, vista la sua natura, gli obiettivi di digitalizzazione, rispetto a quelli di un Ente territoriale, sono sicuramente meno impattanti, trattandosi prettamente di servizi residenziali resi ad un determinato ristretto numero di utenti.

Di seguito si elencano quali sono le iniziative poste in atto in questi ultimi anni, in continuo miglioramento, facendo cenno agli obiettivi nel medio termine.

- Le comunicazioni all'utenza (familiari, tutori e Amministratori di sostegno) sono tutte effettuate a mezzo posta elettronica: s'intende aumentare sempre di più l'utilizzo di tale strumento;
- Il cedolino dei dipendenti è inviato esclusivamente a mezzo piattaforma informatica. In questo campo si proseguirà con l'upgrade del programma di gestione del personale, finalizzato alla riduzione ulteriore della carta per la gestione dei giustificativi (presenze, assenze, ferie, permessi etc.).
- Gli appalti sono tutti digitalizzati o attraverso piattaforme o attraverso la mail. Dal 01.01.2024 la digitalizzazione sarà sempre più spinta anche per gli affidamenti minori. Le comunicazioni e la contrattualistica non sono più cartacee già da anni. I contratti sono di norma firmati digitalmente. Le comunicazioni elettroniche inviate ad imprese e PP.AA. sono quasi esclusivamente tramite domicilia digitali, quali la PEC;
- Tutto il personale socio-assistenziale utilizza la cartella socio sanitaria informatizzata, da questo punto di vista il cartaceo è stato completamente abbandonato. Alcuni dipendenti hanno intrapreso il percorso delle competenze digitali Syllabus. Tuttavia essendo l'apparato amministrativo piuttosto ridotto, si organizzeranno formazioni più semplificate e adatte al contesto per le altre professionalità, che totalizzano il 94% dei dipendenti.
- E' in fase di valutazione continua l'implementazione dell'archiviazione elettronica del protocollo, che al momento presenta criticità.
- L'ente è dotato di sito istituzionale: al momento non ha iscrizioni ad alcun social. Anche questo è in fase di valutazione.

- Dal 2023 è iniziata una fase di ammodernamento dell'infrastruttura ITC finalizzata ad aumentare la sicurezza.

- Dipendenti con firma digitale utilizzata per l'Ente: n. 3 su 6 amministrativi, oltre al Presidente.

3.1.3 Obiettivi per il miglioramento della salute finanziaria

La Fondazione don Mozzatti d'Aprili, regolata dalla Legge del 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modificazioni, integrata dalla normativa regionale in seguito alla Riforma del Titolo V della Costituzione, persegue, per la sua natura giuridica, il pareggio di bilancio e l'ottimizzazione delle risorse per il perseguimento delle proprie finalità di assistenza e beneficenza.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'art. 4, comma 1, lettera b), del Decreto del Ministro per la pubblica Amministrazione 30 giugno 2022, di definizione dello schema tipo di PIAO, stabilisce che nella presente sezione devono essere indicati, in coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione. A tale fine, ciascun Piano deve prevedere:

- a) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- b) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;
- c) l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- d) l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente;
- e) l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;

Secondo le indicazioni contenute nello schema tipo di PIAO, allegato al Decreto del Ministro per la pubblica Amministrazione 30 giugno 2022, in questa sottosezione, l'Amministrazione deve provvedere a indicare:

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

A legislazione vigente, la materia del lavoro agile è disciplinata dall'art. 14, comma 1, della Legge n. 124/2015 in ordine alla sua programmazione attraverso lo strumento del Piano del Lavoro Agile (POLA) e dalle "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche", adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 30 novembre 2021 e per le quali è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in data 16 dicembre 2021, che, come espressamente indicato nelle premesse, regolamentano la materia in attesa dell'intervento dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi

al triennio 2019-21 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale.

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016, facendo riferimento a concetti più ampi, lo definisce in modo molto chiaro come *“un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione”*. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale *“modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti”*. Nel presente documento si fa riferimento alle nuove disposizioni in materia di lavoro agile in vigore a decorrere dal 19 luglio 2020, previste dall'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34.

I principi del lavoro agile Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore, basato sul principio guida *“FAR BUT CLOSE”*, ovvero *“lontano ma vicino”*. Ciò a significare la collaborazione tra l'amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- Responsabilizzazione sui risultati
- Benessere del lavoratore
- Utilità per l'amministrazione
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive
- Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio *“Work-life balance”*.

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di *“change management”*, ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile. Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ma ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno. È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge anche dalla disposizione normativa che per prima lo ha introdotto nel nostro ordinamento.

Le criticità per i piccoli Enti

Considerata la palese generale difficoltà a praticare il percorso di redazione, e poi di gestione, dell'organizzazione da parte dei piccoli Enti, si dovrà tener presente la raccomandazione presente

nelle Linee Guida: *‘In ragione delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti, gli Enti locali si adeguano agli indirizzi generali contenuti nel presente documento e declinano i contenuti specifici del POLA compatibilmente con le loro caratteristiche e dimensioni’* Oltretutto una delle principali prescrizioni previste dalla normativa che istituisce il POLA, ovvero l’invarianza finanziaria: *‘Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica’* (art.263, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34).

La Fondazione don Mozzatti d’Aprili – IPAB

I) Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

La Fondazione don Mozzatti d’Aprili è una IPAB impegnata sul fronte dell’erogazione di servizi perlopiù residenziali ad anziani e disabili.

Detto ciò, visto che il focus dell’attività è l’assistenza diretta alle persone, va da se che il concetto di lavoro agile sia da relativizzare all’effettiva possibilità di praticarlo.

Per cercare di mettere in pratica quelli che sono i principi della norma bisogna prima partire da alcuni dati:

- circa il 50% dell’assistenza è affidata a cooperative di servizi;
- circa il 90% dei servizi di pulizia e guardaroba è affidata a ditte esterne;
- circa il 80% del personale dipendente è turnista;
- circa il 94% del personale è addetto all’assistenza diretta od ai servizi in generale che presuppongono la presenza fisica per essere svolti;

Il personale con qualifica amministrativa dipendente dall’Ente o somministrato è di 6 unità e comprende il segretario direttore.

La segreteria è aperta al pubblico per prenotazioni di fisioterapia e prelievi ematici.

Visto quanto sopra è da evidenziare che il concetto di lavoro agile applicato al nostro Ente si potrà solo limitare ad alcuni principi.

Fotografia dello stato attuale e sviluppi prevedibili:

Flessibilità dei modelli organizzativi – In un sistema di lavoro per turni il concetto di flessibilità è declinato sulla possibilità data al lavoratore di fare richieste pre elaborazione o post elaborazione del turno per soddisfare esigenze personali. Questo è ampiamente garantito nei limiti imposti dalla norma e dalla fattibilità reale di quanto richiesto. Per il poco personale non turnista, in particolare amministrativo, è garantita la flessibilità necessaria. Su questo punto ci possono essere margini di miglioramento, per rendere ancora più agile tale processo. La conciliazione vita privata lavoro è tema affrontato anche con il piano delle azioni positive approvato nell’Ente.

Autonomia nell’organizzazione del lavoro. Punto strettamente collegato al precedente. Alle figure professionali singole (educatori, fisioterapisti, assistente sociale, logopedista etc..) e al personale amministrativo, è garantita ampia autonomia nella organizzazione del proprio lavoro. I gruppi di lavoro che lavorano perlopiù su turni (infermieri, assistenza, cucina, pulizie etc..) hanno pochi margini di discrezionalità in quanto operano con specifici piani di lavoro.

Responsabilizzazione sui risultati. Dal 2020 è stato introdotto un sistema di misurazione della performance, sicuramente perfettibile e quindi anche qui ci sono ancora margini di manovra per migliorare il sistema.

Benessere del lavoratore. E’ una priorità dell’amministrazione da perseguire con tutti i sistemi. In tal senso si richiama ancora il piano delle azioni positive. Anche in questo caso i margini per un miglioramento esistono.

Utilità per l’amministrazione. Il lavoro agile, se adattato in maniera critica e intelligente alla realtà del singolo Ente, può essere uno strumento di indubbia utilità per l’amministrazione.

Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile. Già da qualche anno è stata introdotta la cartella sanitaria digitalizzata che ha portato a notevoli progressi. Nell'ultimo anno la cartella è stata estesa a tutte sedi dell'Ente. Oltre a questo, sempre nell'ultimo anno, si è data una spinta propulsiva all'informatizzazione in cucina. Sempre nell'ultimo anno, sul versante amministrativo, è stata spinta l'informatizzazione nella gestione del personale con l'introduzione di un nuovo portale. Dal punto di vista della gestione contabile, sempre negli ultimi tre anni, sono stati svolti grandi passi sul versante pagamenti e incassi, ora tutti elettronici e sul versante della spedizione delle fatture che da completamente cartacea/postale oggi è quasi completamente a mezzo mail.

Per quanto concerne la possibilità di lavorare anche da casa con il telelavoro, questa è stata sperimentata durante la pandemia. E' da sottolineare che tale possibilità è potenzialmente fruibile, per il tipo di mansione da svolgere, solo da appena tre dipendenti di ruolo amministrativo in tutto l'Ente (3,5%). Dopo la sperimentazione si è capito che tale strumento è da utilizzare solo come "soccorso" e non in via ordinaria. Gli interessati abitano nella stessa zona che non è ben servita a livello di connessione, le abitazioni degli stessi sono a due/tre km dalla sede di lavoro, il parcheggio è agevole e tutti usufruiscono di ufficio singolo. Molto frequente in ogni sessione di lavoro è la necessità di interscambio e confronto tra le tre figure. Nel bilanciamento delle condizioni di lavoro delle due soluzioni non è sempre scontato che il lavoro da casa sia più "agile".

Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti. Anche questo è un aspetto importante che merita di essere sviluppato e può dare soddisfazioni.

Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive. Dal punto di vista della programmazione degli obiettivi è da sottolineare che l'Ente è dotato di piano della performance e di obiettivi annuali che vanno coordinati e monitorati. E' comunque un aspetto che merita di essere sviluppato e può dare soddisfazioni.

Equilibrio in una logica win-win: l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance". Quest'ultimo aspetto è una logica conseguenza della "corretta" ed "adeguata" adozione dei punti precedenti.

Considerazioni finali.

Nei limiti delle possibilità date dall'andamento pandemico, e dalle priorità dell'Ente e del CDA, che sono orientate al benessere dell'ospite si potranno individuare delle strategie per far crescere i punti per i quali sono stati individuati dei margini di espansione e di sviluppo.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

Il personale dipendente al 31/12/2024 risultava suddiviso come da tabella sotto riportata:

	Categoria A (Area degli Operatori)	Categoria B (Area degli Operatori Esperti)	Categoria C (Area degli Istruttori)	Categoria D (Area dei Funzionari ed Elevata Qualificaz.)	Dirigenti	TOTALE
Tempo indeterminato e pieno		36	10	12		58
Tempo indeterminato e parziale	1	18	3	4		26
Tempo determinato e pieno					1	1
Tempo determinato e parziale						0
TOTALE	1	54	13	16	1	85

Sulla base dell'organizzazione dell'Ente, la suddivisione del personale in relazione ai profili professionali presenti è la seguente:

PROFILO	N° dipendenti
Operatore dei servizi (PULIZIE)	1
TOTALE	1

(Area degli Operatori Esperti, ex categoria B)

PROFILO	N° dipendenti
Operatore Amministrativo	1
Operaio specializzato - Manutentore	3
Operatore Cucina - Cuoco	4
Operatore socio-sanitario	44
Operatore capo nucleo	2
TOTALE	54

(dal 01/04/2023: Area degli Istruttori, ex categoria C)

PROFILO	N° dipendenti
Istruttore amministrativo	2
Istruttore tecnico cucina (servizi alberghieri)	2
Infermiere (profilo ad esaurimento)	4
Fisioterapista (profilo ad esaurimento)	1
Educatore (profilo ad esaurimento)	3
Logopedista (profilo ad esaurimento)	1
TOTALE	13

(dal 01/04/2023: Area dei Funzionari ed Elevata Qualificazione, ex Categoria D)

PROFILO	N° dipendenti
Funzionario ed EQ amministrativo	2
Funzionario ed EQ amministrativo (in aspettativa)	1
Coordinatore servizi	1
Coordinatore servizio infermieristico	1
Psicologo	0
Assistente sociale	1
Infermiere	8
Fisioterapista	2
Educatore	1
Logopedista	0
TOTALE	17

Dirigenti

PROFILO	N° dipendenti
Segretario Direttore	1
TOTALE	1

Programmazione strategica delle Risorse Umane

La definizione dei fabbisogni di personale è uno dei principali fattori che compongono la programmazione strategica delle risorse umane per la creazione di valore pubblico. Il processo di definizione determina il numero di risorse di cui l'Amministrazione necessita per soddisfare i bisogni dell'utenza, unitamente alle competenze richieste.

La definizione dei fabbisogni di personale è pertanto basata su un'analisi delle attività e dei servizi erogati e sulla conseguente valutazione delle competenze necessarie per svolgere queste attività in modo efficace ed efficiente. Il processo sopra descritto consente di avere a disposizione le risorse umane richieste, per la generazione di valore pubblico.

La produzione del VALORE previsto dallo Statuto, viene vagliata dai responsabili di servizio, visti anche gli

standard regionali, che definiscono quantità e qualità del fabbisogno, compatibilmente con gli equilibri di bilancio.

Il nuovo Consiglio di Amministrazione, dall'insediamento alla data odierna, ha messo in atto un'analisi organizzativa dei vari servizi, con un atteggiamento di ascolto verso utenti, dipendenti e portatori d'interesse. Ai sensi e per le motivazioni ivi espresse, con delibera n. 63 del Consiglio d'Amministrazione del 27/12/2024 è stato disposto di procedere a esperire interpello interno ex art. 19 del d.lgs 165/2001 ed ss.mm.ii. per il conferimento a tempo pieno e determinato dell'incarico di dirigente da incaricare come Segretario Direttore (per tre anni, dal 1° febbraio 2025 al 31/01/2028), valorizzando le risorse già presenti all'interno dell'Ente.

Precedentemente, con delibera n. 50/2024, il Consiglio d'Amministrazione ha approvato modifica del regolamento di amministrazione e organizzazione dei servizi. Gli aspetti salienti di tale azione sono rinvenibili nell'attivazione dell'incarico di Elevata Qualificazione per l'Area A) - Area Amministrativa e del Personale (già prevista nel Regolamento citato) e nella redistribuzione di responsabilità e suoi riferimenti, con l'intento di rafforzare l'apparato amministrativo e i servizi dell'Ente.

La volontà è di rinforzare e rendere più efficace e efficiente il servizio amministrativo, attribuendo al Segretario Direttore la responsabilità di individuare il personale idoneo all'incarico, ai sensi del vigente regolamento per le attribuzioni delle E.Q.

Di massima importanza PER TUTTI i servizi è che siano ricordati e esplicitati i VALORI portanti della Fondazione don Mozzatti d'Aprili, discendenti dallo Statuto dell'Ente:

- 1) ogni attività o volontà sono pensati, coordinati e eseguiti "OGNI GIORNO, CON CURA"
- 2) va fatta memoria dei principi e doveri del dipendente pubblico e dei collaboratori presenti e operanti presso la Fondazione don Mozzatti d'Aprili e i suoi servizi
- 3) va conosciuto, condiviso e rispettato il patto con gli utenti, contenuto nella Carta dei servizi

Stima del trend di CESSAZIONE DEL PERSONALE

All'atto di redazione della presente relazione, è stata approvata la manovra finanziaria che modifica ulteriormente la normativa in materia di accesso al pensionamento. Mancano ancora le circolari esplicative che possono orientare la scelta dei dipendenti; la revisione della modalità di calcolo degli iscritti alla Gestione ex Inpdap potrebbe inoltre comportare ricorsi per vizi di incostituzionalità. Le stime qui elencate non tengono conto di fattori imprevisti in materia di pensionamento/cessazione del personale, già regolati dalla norma vigente.

Conoscere la consistenza delle cessazioni previste nel futuro è una componente della pianificazione dei fabbisogni di personale da cui non è possibile prescindere, se si desidera gestire efficacemente il capitale umano. Alla data di adozione del presente Piano queste sono le cessazioni possibili/previste nel triennio (in base a dati verificati e noti), anche sulla base dei pensionamenti, come di seguito riportato:

AREA (dal 01/04/2023, in precedenza Categorie)	2025	2026	2027
A (dal 01/04/2023: Area degli Operatori)	1	0	
B (dal 01/04/2023: Area degli Operatori Esperti)	1	3	4
C (dal 01/04/2023: Area degli Istruttori)	0	1	1
D (dal 01/04/2023: Area dei Funzionari ed Elevata Qualificazione)	1	1	1
Dirigenti (Segretario Direttore)	1		
TOTALE	4	5	6

PREVISIONE/STIMA POSSIBILI CESSAZIONI FIGURE PROFESSIONALI SPECIFICHE

anno	2025
	1 Segretario a t.d.
	1 Responsabile di nucleo
	1 Infermiere
	1 Operatore dei servizi (PULIZIE)
	4 Totale
anno	2026
	1 COORDINATRICE I.P.
	1 Istruttore Amministrativo
	3 O.S.S.
	5 Totale
anno	2027
	2 Funzionari amministrativi
	1 Educatrice
	1 Responsabile di nucleo
	2 OSS
	6 Totale

La presente sezione intende evidenziare potenziali tendenze nell'evoluzione dei fabbisogni connessi a modifiche organizzative e funzionali in atto. Queste variazioni possono essere causate da fattori interni o esterni, per i quali è richiesta una discontinuità nei ruoli o nelle competenze delle risorse umane presenti.

Ad esempio, la digitalizzazione dei processi potrebbe comportare la necessità di rafforzare competenze specifiche, anche riducendo il numero di personale impiegato in determinate attività.

Questa possibilità è limitata al settore amministrativo, in quanto quasi tutti i processi produttivi sono effettuabili in presenza.

Anche il potenziamento o la dismissione di servizi, attività o funzioni, così come le esternalizzazioni o internalizzazioni, possono influire sul fabbisogno di personale. A tal proposito, con la cessazione dell'ultimo operatore pulizie part-time, nel 2025 cessa l'erogazione da parte di personale dell'Ente del servizio pulizie.

È quindi essenziale monitorare l'evoluzione dei fabbisogni per garantire una gestione efficiente del capitale umano e la continuità delle attività amministrative. La conoscenza delle novità nel fabbisogno di personale consente di adattarsi in modo tempestivo ai cambiamenti e di mantenere una dotazione di personale coerente con il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione.

In ragione di quanto sopra evidenziato, nei percorsi di reclutamento del personale si potrà prestare particolare attenzione all'accertamento delle conoscenze e delle abilità richieste per partecipare attivamente alla trasformazione digitale della pubblica amministrazione.

L'esito dell'analisi sull'evoluzione dei fabbisogni effettuata internamente ha portato alla seguente programmazione delle assunzioni:

3.3.1 FABBISOGNO DI PERSONALE TRIENNIO 2025/2027 e Piano assunzionale

N.	Profilo professionale	AREA	note	Modalità di copertura posto	Anno
	ANNO 2025		PIANO ASSUNZIONI E PROCEDURE RECLUTAMENTO		
1	OSS A TEMPO PARZIALE AL 50%, 18 ORE A TEMPO INDETERMINATO	OPERATORI ESPERTI	FABBISOGNO PERSONALE, ASSUNZIONE DA MARZO	concorso pubblico per esami	2025
3	OSS A TEMPO PARZIALE AL 50% INCREMENTO TEMPORANEO A 24 ORE	OPERATORI ESPERTI	PER COPERTURA MALATTIA, ASPETTATIVA FEBBRAIO/MAGGIO 2025	AVVISO INTERNO	2025
3	Incarico di RESPONSABILE DI NUCLEO	OPERATORI ESPERTI	INCARICO TEMPORANEO	AVVISO INTERNO	lug/ago/dic25
1	Incarico di RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO	FUNZIONARI	INCARICO TEMPORANEO	AVVISO INTERNO	2025
1	OSS A TEMPO PIENO E INDETERMINATO	OPERATORI ESPERTI	SOSTITUZIONE DIPENDENTE PENSIONE ANTICIPATA	PREVIA RICOGNIZIONE INTERNA DISPONIBILITA' A PASSAGGIO TEMPO PIENO,UTILIZZO GRADUATORIA ENTE	2025
1	OSS A TEMPO PIENO E DETERMINATO	OPERATORI ESPERTI	PER SOSTITUZIONI PERSONALE/ FERIE ESTIVE	PREVIO AVVISO INTERNO RICOGNIZIONE DISPONIBILITA' TEMPO PIENO, UTILIZZO GRADUATORIE ENTE/E O RICORSO A AGENZIA INTERINALE	2025
1	FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO TEMPO PIENO E INDETERMINATO	FUNZIONARI	PROGRAMMAZIONE ASSUNZIONE, IN BASE A DATA PRESENTAZIONE DIMISSIONI	MOBILITA' FRA ENTI/ CONCORSO PER ESAMI	2025
2	INFERMIERI	FUNZIONARI	RIPRISTINO DOTAZIONE PER PENSIONAMENTO PERSONALE	SCORRIMENTO GRADUATORIA ENTE	2025
1	RESPONSABILE AREA AMMINISTRATIVA	FUNZIONARI	INCARICO DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	SELEZIONE INTERNA ENTRO GENNAIO 2025	2025

1	RESPONSABILE AREA dei Servizi Sanitari, Socio-sanitari, Sociali e Alberghieri	FUNZIONARI	INCARICO DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	SELEZIONE INTERNA ENTRO LUGLIO 2025	2025
1	SEGRETARIO DIRETTORE A TEMPO DETERMINATO	CCNL DIR.	AVVISO INTERNO/INTERPELLO (INCARICO TRIENNALE)	PROCEDURA EX ART. 19 D.LGS. 165/2001/ENTRO GENNAIO 2025	2025
			ANNO 2026		
2	OSS A TEMPO PIENO E INDETERMINATO	OPERATORI ESPERTI	PER PENSIONAMENTO PERSONALE*	RICOGNIZIONE INTERNA PERSONALE PART-TIME PER EVENTUALE INCREMENTO ORARIO/MOBILITA' FRA ENTI/concorso pubblico per esami	2026
			ANNO 2027		
1	OSS A TEMPO PARZIALE AL 50%, 18 ORE A TEMPO INDETERMINATO	OPERATORI ESPERTI	PER PENSIONAMENTO PERSONALE*	UTILIZZO GRADUATORIA CONCORSO PER ESAMI	2027
1	EDUCATORE PROFESSIONALE	FUNZIONARI	SOSTITUZIONE DIPENDENTE NEL CASO DI DIMISSIONI PER PENSIONE ANTICIPATA	MOBILITA' FRA ENTI/E CONCORSO PER ESAMI	2027
1	OSS	OPERATORI ESPERTI	SOSTITUZIONE DIPENDENTE NEL CASO DI DIMISSIONI PER PENSIONE ANTICIPATA	UTILIZZO GRADUATORIA CONCORSO PER ESAMI	2027
1	ISTRUTTORE DIRETTIVO TEMPO PIENO E INDETERMINATO	FUNZIONARI	SOSTITUZIONE DIPENDENTE NEL CASO DI DIMISSIONI PER PENSIONE ANTICIPATA	MOBILITA' FRA ENTI/E CONCORSO PER TITOLI ED ESAMI	2027
1	OPERATORE AMMINISTRATIVO/OPERATORE DI SEGRETERIA/CENTRALINISTÀ	OPERATORI ESPERTI	SOSTITUZIONE PERSONALE	RICORSO AL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO	2027
	PROCEDURE ARTICOLO 15		Passaggio da ISTRUTTORE a FUNZIONARI E.Q.	CON REQUISITI DI ACCESSO DALL'ESTERNO	
1	FKT**	ISTRUTTORI	Passaggio da ISTRUTTORE a FUNZIONARI E.Q.	avviso selezione	2026

* SALVO ANTICIPO DECORRENZA

** DA VALUTARE IN BASE ALLE RISORSE DI BILANCIO

Sono attualmente in corso una selezione pubblica per O.S.S. part-time a tempo indeterminato, un'interpello per individuare il Segretario Direttore e una selezione interna per attribuire la responsabilità di Area sopra menzionata, per il prossimo triennio.

La programmazione del fabbisogno di personale sopra riportata è prevista dall'art. 39, comma 1 della Legge 449/1997 e dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 ed è stata approvata secondo le "*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte della PA*" emanate con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 08/05/2018 e secondo le indicazioni di cui alla "*Definizione di linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche*" approvate con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 22/07/2022.

3.3.2 Obiettivi per il miglioramento della salute professionale - formazione del personale

L'IPAB Fondazione Don Mozzatti d'Aprili, in conformità con quanto disposto dalla normativa vigente, in tema di programmazione dell'attività formativa per il personale dipendente degli Enti Locali, ~~propone~~ ha già approvato il Piano di Formazione, con valenza ~~annuale~~ biennale 2024-2025.

E' confermato quanto già approvato e riportato nel PIAO 2024-2026 in tutti i suoi aspetti, e specialmente per quanto rimane da attuare.

4. MONITORAGGIO

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni e sottosezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “valore pubblico” e “performance”, avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto-legislativo 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.

In particolare, per il raggiungimento della strategia adottata, rivolta a favorire la creazione del valore pubblico, il monitoraggio da parte della Direzione dell’Ente è realizzato attraverso:

- l’assolvimento degli adempimenti relativi al flusso informativo per le prestazioni extra ospedaliere in area Anziani non autosufficienti (FAR) previsti dalla Regione del Veneto;
- l’adozione degli atti di programmazione e del Bilancio di esercizio, nella forma stabilita dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto 21.05.2013, n. 780;
- l’utilizzo di strumenti e procedure interne di rendicontazione e monitoraggio delle prestazioni espletate e delle varie attività compiute;
- il Riesame della Direzione annualmente predisposto a seguito del monitoraggio;
- la somministrazione periodica all’utenza di un questionario di indagine per la rilevazione della qualità percepita rispetto ai servizi erogati dalla Fondazione Don Mozzatti d’Aprili.

Con riferimento al monitoraggio della “performance”, l’Ente, annualmente, predispone e approva, dopo la validazione da parte dell’Organismo di Indipendente di Valutazione, la Relazione sulla performance, in ottemperanza a quanto stabilito dal decreto legislativo 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.

Il monitoraggio si estende pure alla situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni, anche attraverso il Comitato Unico di Garanzia nominato nell’Ente;

- favorendo l’informativa sui dati di genere, evidenziandone i relativi trend evolutivi;
- verificando l’equilibrata costituzione delle commissioni per le procedure di concorso, e di ogni altra procedura selettiva, secondo quanto stabilito dall’art. 51e 57, comma 1, del Decreto Legislativo n. 165/2001, nonché l’assenza di discriminazioni di genere nei bandi di concorso e nelle prove concorsuali;
- garantendo l’assenza di discriminazioni di genere nelle procedure interne dell’Ente.

Per quanto concerne il monitoraggio della sottosezione “rischi corruttivi e trasparenza”, lo stesso avviene secondo le indicazioni A.N.A.C..

ALLEGATO 1 AL PIAO 2025-2027

Metodologia per la stima del rischio, degli eventi rischiosi, dei fattori abilitanti e stima del rischio di corruzione.

Analisi dei fattori abilitanti

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

L'allegato 1 del PNA 2019 riporta i seguenti esempi di fattori abilitanti:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza; o eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Stima del livello di esposizione al rischio

Si tratta di definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi è importante per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT. In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

L'analisi del livello di esposizione deve avvenire rispettando comunque tutti i principi guida richiamati nel presente PNA (cfr. Parte II, § 1., Finalità), 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.

Principi strategici

Coinvolgimento dell'organo di indirizzo: L'organo di indirizzo, abbia esso natura politica o meno, deve assumere un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT

Cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio. La gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una

responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo

Collaborazione tra amministrazioni. La collaborazione tra pubbliche amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio può favorire la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, di esperienze, di sistemi informativi e di risorse. Occorre comunque evitare la trasposizione "acritica" di strumenti senza una preventiva valutazione delle specificità del contesto.

Principi metodologici.

Prevalenza della sostanza sulla forma. Il sistema deve tendere ad una effettiva riduzione del rischio di corruzione. A tal fine, il processo di gestione del rischio non deve essere attuato in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, bensì progettato e realizzato in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione. Tutto questo al fine di tutelare l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione. –

Gradualità. Le diverse fasi di gestione del rischio, soprattutto nelle amministrazioni di piccole dimensioni o con limitata esperienza, possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto (in particolare nella rilevazione e analisi dei processi) nonché la valutazione e il trattamento dei rischi. –

Selettività. Al fine di migliorare la sostenibilità organizzativa, l'efficienza e l'efficacia del processo di gestione del rischio, soprattutto nelle amministrazioni di piccole dimensioni, è opportuno individuare priorità di intervento, evitando di trattare il rischio in modo generico e poco selettivo. Occorre selezionare, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia.

Integrazione. La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. In tal senso occorre garantire una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance. A tal fine, alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT (vedi infra § 8. "PTPCT e performance").

Miglioramento e apprendimento continuo: La gestione del rischio va intesa, nel suo complesso, come un processo di miglioramento continuo basato sui processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

Principi finalistici.

Effettività. La gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione

dell'organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

Orizzonte del valore pubblico La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

LA FONDAZIONE DON MOZZATTI D'APRILI –IPAB.

L'oggetto della IPAB Fondazione don Mozzatti d'Aprili, è quello della gestione di centri di servizi alla persona con particolare riferimento a quelli residenziali. La struttura organizzativa è piuttosto semplice e quindi tutti i concetti sopra descritti devono per forza essere contestualizzati in tal senso. Ai sensi dello statuto e del Regolamento di Amministrazione d'organizzazione degli uffici e servizi, L'Organo Politico è costituito da un CdA composto da 5 membri dei quali 4 di nomina politica, cioè da parte del Sindaco del Comune di Monteforte d'Alpone, ed uno nella figura del parroco della parrocchia Santa Maria Maggiore di Monteforte d'Alpone. Il CdA dura in carica 5 anni ed al suo interno elegge il presidente che assume il ruolo di legale rappresentante dell'Ente.

La struttura gestionale è composta di n. 3 aree al cui vertice è collocata un'unica figura dirigenziale "Il segretario Direttore", ad oggi funzionario dell'Ente con incarico a scadenza. Il Regolamento interno prevede che a capo di un'area ci sia un funzionario con posizione Organizzativa. Ad oggi solo per l'area c) è nominata una posizione organizzativa ad incarico a scadenza, mentre le altre due sono dirette ad Interim dal segretario direttore per motivi soprattutto di ottimizzazione delle risorse in funzione delle ridotte dimensioni dell'Ente. Basti pensare che le figure con ruolo amministrativo sono solo 6, in quanto la maggior parte del personale afferisce all'area socio sanitaria ed alberghiera.

SEGRETARIO DIRETTORE		
AREA	Responsabile	n. dipendenti
a) Area Amministrativa e del Personale	Funzionario con E.Q.	6
b) Area Tecnico-manutentiva, Gestione Qualità e Sicurezza – Servizio Ristorazione.	Direttore	11
c) dell'Area dei Servizi Sanitari, Socio-sanitari, Sociali e Alberghieri (esclusa ristorazione)	Funzionario con E.Q.	68

Per quanto riguarda l'analisi dei potenziali rischi di corruzione si ritiene di adottare un approccio pragmatico e basilare e soprattutto concreto tenendo conto delle seguenti peculiarità:

- L'ambiente di riferimento è piccolo e quindi facilmente controllabile, e può contare numerosi stakeholder che lo frequentano regolarmente e, in quanto portatori di interesse, esercitano un controllo continuo. Le 4 strutture ospitano circa 170 utenti con altrettanti familiari di riferimento paganti la retta. I lavoratori a vario titolo (dipendenti, liberi professionisti, somministrati, dipendenti di cooperative) sono circa 150. Anche l'utenza dei servizi esterni è consistente. Inoltre la realtà è inserita in una comunità piccola e molto attenta, in quanto l'impatto sociale dell'organizzazione è elevato, basti pensare che in termini di numero di lavoratori è la realtà di gran lunga più grande del Comune e della Vallata in cui è inserito.

- Pur non essendo una azienda partecipata ma un Ente autonomo, la Comunità esercita il suo controllo sia in maniera diretta che attraverso i riferimenti nel Consiglio Comunale, inoltre le IPAB sono soggette alla vigilanza da parte della Regione Veneto. Non per ultimo è il controllo del presidente e de Consiglio di Amministrazione, sia diretto che remoto, sull’operato del dirigente e dei funzionari e viceversa.

- L’Ente, pur contando 85 dipendenti, essendo il focus fortemente spostato sulle figure socio assistenziali e sanitarie, risulta essere di piccole dimensioni sotto il profilo amministrativo. Il progressivo aumentare degli adempimenti burocratici tipici del settore pubblico dell’ultimo decennio, ha portato con il tempo a delle scelte di ottimizzazione delle risorse che rendono non sempre facile l’applicazione pedissequa delle indicazioni delle indicazioni per l’applicazione dei vari piani. Ad esempio alla figura del Segretario Direttore, che ha i più ampi compiti gestionali, è l’unica figura dotata di potere di spesa, è datore di lavoro e sottoscrive tutti i contratti, è attribuita anche la carica di RPCT. Inoltre, visto che trattasi di funzionario incaricato, questo conserva attribuzioni e ruoli della sua originaria attribuzione e nel caso di specie è responsabile dell’Ufficio appalti, RUP, sicurezza, qualità ed accreditamento. Le due figure di “funzionario amministrativo” hanno un’alta specializzazione verticale una come economato/ragioneria e l’altra come ufficio personale ed in considerazione delle continue novità nel settore pubblico appare decisamente improbabile che si possa agevolmente pensare ad esempio ad una rotazione degli incarichi. Stesso dicasi per i due Istruttori amministrativi, anche questi hanno una specializzazione profonda e specifica difficilmente interscambiabile. Rimangono infine due collaboratori che comunque sono già interscambiabili e che collaborano con gli istruttori ed i funzionari. Gli incaricati di Elevata Qualificazione ed il Direttore sono comunque ad incarico e quindi soggetti in ogni caso ad una forma di valutazione a fine mandato e ad una rotazione almeno potenziale.

Detto questo prima di passare ad analizzare uno per uno i processi che possono presentare rischi di corruzione, possiamo delineare alcune strategie generali sempre valide:

- Coinvolgere di norma, nelle varie fasi dei processi a rischio di corruzione, anche altri soggetti dell’amministrazione, per aumentare la trasparenza delle varie procedure.
- Tenere aggiornata la sezione Amministrazione trasparente;
- Diffondere la cultura della legalità garantendo la formazione ed incentivando il whistleblowing;

METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La metodologia elaborata per misurare il rischio, come descritta nell’allegato “Analisi dei rischi corruttivi”, come indicazioni dell’allegato 1 del PNA 2019 è stato otato per un’ **analisi di tipo qualitativo**, accompagnata da adeguate motivazioni documentabili **rispetto ad un’impostazione quantitativa che prevede l’attribuzione di punteggi**.

Per ogni processo posto sotto analisi sono state prese in considerazione le seguenti caratteristiche:

Discrezionalità
Rilevanza esterna
Complessità
Valore economico
Controlli
Trasparenza interna procedure
Trasparenza esterna finale

In base a questo sono stati elaborati i seguenti due punti.

Considerazioni e giudizio
strategie/obiettivi per il controllo del rischio

PROCESSI POSTI SOTTO ANALISI

All'interno delle attività previste dallo Statuto e rientranti nella mission dell'IPAB, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012), sono state individuate le seguenti attività con rischio di corruzione:

- Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
- Gestione delle entrate e delle spese;
- Selezione del personale;
- Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente;
- Conferimento di incarichi di collaborazione;

per tali attività sono coinvolti gli Uffici Amministrativi nei quali vengono svolte le attività di economato, approvvigionamento e appalti, segreteria, e gestione del personale;

- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale;
- Procedure di accesso a servizi in regime semiresidenziale;
- Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti;
- Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura

per tali attività sono coinvolti l'ufficio dell'assistente sociale, competente per il processo di inserimento e primo accoglimento in struttura, tutto il personale socio-assistenziale-sanitario operante nei nuclei delle diverse strutture ed, in particolare, i coordinatori di detti servizi.

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture – ufficio appalti – responsabili esecuzione contratti -	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa nelle procedure con importi medio alti e viceversa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Il Rup coinvolge altre figure dell'Ente nelle procedure di affidamento
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge – E' ampio l'utilizzo della piattaforma elettronica già da anni.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	<p>Il tema appalti rappresenta solitamente uno dei settori più a rischio di eventi corruttivi.</p> <p>Si consideri che l'Ente per la sua complessità conta circa 75 forniture/servizi diversi con relative differenti ditte di riferimento. Di questi circa il 30% sono microaffidamenti cioè sotto i 5.000 € – altro 30% è nella fascia 5.000-10.000 - un altro 10% lo troviamo sotto i 40.000 sopra i 40.000 € ma sotto la soglia comunitaria troviamo un 18%, le prestazioni professionali sono circa il 6% e le procedure aperte sono circa il 6%. La stazione appaltante è qualificata e viene fatto un ampio utilizzo della piattaforma elettronica soprattutto per le procedure sopra i 10.000 euro.</p> <p>L'Ente di dimensioni ridotte si presta ad un controllo incrociato da parte degli altri dipendenti e dei numerosi stakeholder che frequentano la struttura.</p> <p>Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.</p>
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DE RISCHIO	L'Ente già da 4 anni si avvale di una consulenza specializzata in materia di contratti pubblici e quindi le strategie sono le seguenti: Proseguire con la consulenza specializzata – utilizzare il più possibile la piattaforma per le procedure – continuare con il coinvolgimento mirato di più personale dell'Ente negli affidamenti – privilegiare i contatti trasparenti a mezzo mail - Pubblicare i dati a norma di Legge – Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Gestione delle entrate e delle spese – ufficio ragioneria – assistente sociale – responsabili esecuzione appalti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Ci sono procedure ben definite per il controllo delle fatture che arrivano dai fornitori. La responsabilità del ciclo fornitura/pagamento è suddivisa su più persone, con un sistema che si presta al controllo incrociato.
Trasparenza esterna finale	Ogni azione, che siano incassi o pagamenti ha un risvolto su terze persone.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Tutto il processo è informatizzata attraverso programma gestionale che lascia poco spazio alla discrezionalità. I punti più vulnerabili diventano le forniture ma anche nel caso di specie si sono informatizzati gli ordini e si è in grado di avere uno storico dei consumi. Ogni eventuale variazione significativa di spesa viene segnalata e vengono analizzate le cause. Tutto questo depono per un rischio – MEDIO
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	- Continuare con il controllo delle fatture in entrata e con la trasparenza interna - Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Selezione del personale – Ufficio Personale	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni – per ogni procedura sono coinvolte in maniera attiva più persone.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La selezione del personale oggi ha capovolto i paradigmi, perlomeno per quanto riguarda le principali professionalità necessarie all'Ente. Infatti nel settore sanitario, socio sanitario ed a volte alberghiero, oggi la domanda supera l'offerta facendo venire decisamente meno il rischio di eventi corruttivi. Restano le selezioni per altre professionalità che sono eventi più rari. Tutto questo depono per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente – Ufficio Personale – Responsabili valutazione dipendenti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Media nelle valutazioni al personale dipendente. Bassa in tutto il resto.
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso in maniera assoluta, significativo per il singolo.
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni cruciali passano per il protocollo. Tutte le procedure e i criteri sono “contrattati” con le OO.SS. e le RSU interne e pubblicate nel Contratto integrativo.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Di tutto il paragrafo l’unico punto che presenta un certa discrezionalità, seppur calmierata, è la valutazione della performance individuale. Le figure che eseguono la valutazione sono tre: il Direttore che valuta il personale dell’area A e C e i Coordinatori (8 persone) – Il Coordinatore e la responsabile sanitaria che valutano tutto il restante personale. Tutte le valutazioni vengono poi controllate e controfirmate dal Direttore. L’interessato valutato ha comunque la facoltà di chiedere spiegazioni e rivalutazioni. Tutto questo depone per un rischio – MEDIO
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie messe in atto per diminuire la soggettività nel giudizio sono essenzialmente tre. Innanzitutto la scheda utilizzata è molto puntuale nelle richieste ed il punteggio finale è la somma di domande specifiche e, spesso, anche documentabili al bisogno. Questo agevola la seconda strategia in quanto anche il Direttore che controfirma e solitamente conosce le situazioni, può rendersi conto di come nasce la valutazione. La terza strategia consiste in incontri di condivisione dei criteri fra i tre valutatori ad inizio di ogni sessione di valutazione. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione è l’ulteriore strategia.

Conferimento di incarichi di collaborazione – Ufficio personale – Ufficio Appalti	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni – per ogni procedura sono coinvolte in maniera attiva più persone.
Trasparenza esterna finale	Alta: Il tutto è pubblicato a norma di legge.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La selezione del personale oggi ha capovolto i paradigmi, perlomeno per quanto riguarda le principali professionalità necessarie all’Ente. Infatti nel settore sanitario, socio sanitario ed a volte alberghiero, oggi la domanda supera l’offerta facendo venire decisamente meno il rischio di eventi corruttivi. Restano le selezioni per altre professionalità che sono eventi più rari. Tutto questo depone per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Procedure di accesso a servizi in regime residenziale – Assistente sociale - Coordinatore	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Variabile
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le comunicazioni fondamentali passano per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni.
Trasparenza esterna finale	Nella carta dei servizi sono descritte le modalità di accesso e quindi il cittadino può avere riscontro del loro rispetto.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	La discrezionalità è solitamente bassa in quanto l'accesso ai servizi in regime residenziale è perlopiù regolato dall'Ufficio residenzialità dell'ULSS 9. Rimane una certa discrezionalità presso i nuclei Barchessa e Corte Scolette. Ma in questo caso è raro che si presenti una domanda che superi l'offerta e questo fa venir meno l'oggetto dell'eventuale atto corruttivo. Tutto questo depono per un rischio – MINIMO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Procedure di accesso a servizi per esterni- Fisioterapisti – responsabile sanitaria – Segreteria prenotazioni	
Caratteristiche	
Discrezionalità	Bassa / media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	bassa
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le prenotazioni passano per la segreteria e per il protocollo. Le procedure sono tutte a norma di Legge e regolamenti interni.
Trasparenza esterna finale	Nella carta dei servizi sono descritte le modalità di accesso e quindi il cittadino può avere riscontro del loro rispetto.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	I servizi per esterni sono sostanzialmente la riabilitazione e il prelievo ematico per analisi ai c.d. pazienti fragili. In questo contesto l'unico aspetto che potrebbe presentare qualche rischio è quello legato alle liste di attesa e ad eventuali favoritismi in tal senso. Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Continuare con la trasparenza delle procedure. Stabilire un protocollo di eventuali casi in cui l'intervento è ritenuto prioritario (es. post frattura etc..). Fare formazione sul tema etica e anticorruzione.

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti - Coordinatore - OSS	
Caratteristiche	
Discrezionalità	media
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Le attività assistenziali sono tutte regolate da piani di lavoro.
Trasparenza esterna finale	I familiari hanno accesso ai reparti e possono rendersi conto delle condizioni. Restano però esclusi determinati momenti della giornata e la notte.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Il rischio potenziale in questo caso è nella messa in atto di trattamenti di favore o di particolare riguardo rispetto ad alcuni ospiti in cambio di riconoscimenti. Tutto questo depono per un rischio – MEDIO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie più efficaci da mettere in atto sono quelle del controllo, da parte dei Responsabili di piano e a loro volta dal Coordinatore dei servizi. Altra strategia è quella di dialogare con il gruppo incentivando la segnalazione e il Wistleblowing. Fare formazione e sensibilizzazione sul tema etica e anticorruzione – parlarne.

Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura – Coordinatori - infermieri - OSS	
Caratteristiche	
Discrezionalità	bassa
Rilevanza esterna	alta
Complessità	alta
Valore economico	Basso
Controlli	Agevoli
Trasparenza interna procedure	Ci sono delle procedure nei casi di decesso di un ospite.
Trasparenza esterna finale	I familiari vengono tempestivamente informati.
CONSIDERAZIONI E GIUDIZIO	Il rischio potenziale in questo caso è nella messa in atto di trattamenti di favore nei confronti di imprese funebri in cambio di riconoscimenti. E' da sottolineare che, al contrario di quanto accade negli ospedali, l'evento è raramente improvviso e solitamente non vengono chiesti consigli al personale della struttura Tutto questo depono per un rischio – BASSO.
STRATEGIE/OBIETTIVI PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO	Le strategie più efficaci da mettere in atto sono quelle del controllo, da parte dei Responsabili di piano e a loro volta dal Coordinatore dei servizi. Altra strategia è quella di dialogare con il gruppo incentivando la segnalazione e il Wistleblowing. Fare formazione e sensibilizzazione sul tema etica e anticorruzione – parlarne.