



Guizzo Marseille IPAB

CASA DI RIPOSO GUIZZO MARSEILLE I.P.A.B.

Via Santa Croce, 2 31040 Volpago del Montello (TV)

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 - 2027



Approvato con Ordinanza del Presidente del Cda n. 1 del 27/03/2025

SOMMARIO

Sommario	1
Art. 1 - Premessa	2
Premesse	2
Scheda anagrafica dell'Amministrazione	3
1. Valore pubblico, performance e anticorruzione	5
1.1. Valore pubblico.....	5
1.2. Performance	6
1.3. Rischi corruttivi e trasparenza	11
2. Organizzazione e capitale umano.....	24
2.1. Struttura organizzativa	24
2.2. Organizzazione del lavoro agile	25
2.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale	25
2.4. Formazione del personale	29
2.5. Azioni positive.....	35
3. Monitoraggio	37

Premesse

Con questo documento il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. di Volpago del Montello (TV) adotta il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) per il triennio 2025/2027 che rappresenta il documento unico di programmazione e di governance e che raccoglie le scelte operative di sviluppo strategico dell'Ente, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'art. 6 del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021. Il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (P.I.A.O.) costituisce una guida per la programmazione, nell'ottica di semplificazione degli adempimenti a carico degli Enti, con una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni ed ha come obiettivo quello di favorire una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

Il P.I.A.O. viene pubblicato nel sito internet istituzionale dell'Ente ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica. Ha durata triennale con aggiornamento con cadenza annuale.

Il P.I.A.O. è coerente con il documento di programmazione economico finanziaria 2025/2027 che ne costituisce il presupposto.

All'interno del P.I.A.O. sono confluiti i principali piani di pianificazione a cui sono tenute le pubbliche amministrazioni:

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

Il Centro Servizi Guizzo Marseille I.P.A.B.

- nel 2008 ha ricevuto l'attestato di eccellenza E.F.Q.M. (European Foundation Quality Management);
- nel 2009 ha vinto il Premio nazionale qualità delle Pubbliche Amministrazioni.

L'Ente si riserva di modificare e/o integrare il Piano a seguito di modificazioni organizzative che si rendessero necessarie ovvero per eventuali aggiornamenti normativi.

Il presente Piano è stato approvato con Ordinanza del Presidente del Consiglio di Amministrazione n. 01 del 27/03/2025 che sarà poi ratificata con Deliberazione del C.d.A. dell'Ente.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione sociale	Casa di Riposo Guizzo Marseille I.P.A.B.
Sede legale	Via Santa Croce, n. 2 – 31040 Volpago del Montello (TV) località Selva del Montello
Centralino	0423/620106
E-mail	protocollo@guizzo-marseille.org
PEC	info@pec.guizzo-marseille.org
Codice Fiscale	00519130264
Partita IVA	00519130264
Presidente e Legale Rappresentante	Brufatto Andrea
Sito istituzionale	https://www.guizzo-marseille.org/

La storia del Centro servizi ha origine nel 1909 con la prima donazione del sig. Pietro Guizzo alla Congregazione di Carità di Volpago del Montello.

L'Opera Pia viene poi eretta in Ente morale con Regio decreto del Re d'Italia Vittorio Emanuele III in data 23/08/1912 e comincia ad avere vita propria a partire dal 1916.

Nel 1924 con la seconda donazione della sig.ra Augusta Bizio, vedova Marseille, prende corpo l'idea della fusione dei due legati e costituire un unico Ente che avrebbe avuto non solo i mezzi sufficienti per il suo funzionamento ma anche il fabbricato necessario ovvero la villa di Selva che, ancora oggi, è il nucleo storico della sede del Centro Servizi.

Con le deliberazioni n. 15 del 23 marzo 1941 e n. 2 del 18 dicembre 1941, viene allestita la pratica per la fusione dei legati in un unico Ente da chiamarsi *Casa di Ricovero Guizzo Marseille* approvando anche lo Statuto Organico.

Dai due benefattori ha, quindi, origine il nome Guizzo Marseille.

Il Centro di servizi Guizzo Marseille nasce il 28 novembre 1941 come Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza ed è situata in località Selva di Volpago del Montello (TV), immersa nella tranquillità di un grande parco popolato di alberi secolari, ai piedi del Montello.

L'Ente è retto da un Consiglio di Amministrazione composto di cinque membri tra cui il Presidente ed un membro sono nominati dal Prefetto ed i rimanenti tre dal Consiglio Comunale di Volpago del Montello.

Tanto il Presidente che i Consiglieri durano in carica cinque anni e possono essere confermati senza interruzione.

La **mission** dell'Ente trova la sua piena espressione nello Statuto all'art. 2 *“L'Istituzione ha per scopo di provvedere gratuitamente, secondo i propri mezzi, al ricovero, mantenimento ed assistenza dei poveri d'ambo i sessi vecchi ed inabili al lavoro proficuo del Comune di Volpago del Montello ed aventi quivi il domicilio di soccorso e purché privi di parenti tenuti a provvedere alla loro sorte ed in grado di farlo”* e nella Carta Europea dei Diritti degli Anziani nelle istituzioni, nella quale vengono espressi una serie di principi volti a tutelare la dignità della persona fragile.

Il principio motore delle scelte istituzionali nasce dalla considerazione che ciascuno può trovarsi, in un momento della sua vita, in particolare difficoltà e diventare persona fragile. Essere fragili significa avere bisogno di sostegno, avere la necessità dell'aiuto di quelle persone *“caregiver”* che si prendano in carico le fragilità degli altri per divenirne punti di riferimento chiari e solidi.

Il ruolo assunto dalla Casa di Riposo nel territorio in cui è collocata si è, nel tempo, rafforzato, fino a far maturare concretamente la sua attuale configurazione di **Centro di servizi a sostegno della persona fragile** con la proposta di un proprio modello organizzativo di aiuto alla persona, nel quale vengono gestiti nuclei residenziali aperti e l'utilizzo di personale dipendente. Ciò al fine di creare le condizioni nelle quali sia possibile lo sviluppo di una organizzazione capace di consolidare uno stile di lavoro centrato sul rispetto della individualità dell'ospite e sul sostegno del suo progetto di vita con una forte valorizzazione di principi etici.

In tali contesti è maturato l'impegno della Casa di Riposo per la costruzione dei seguenti servizi, oggi operativi:

AREA ANZIANI	Servizi residenziali	accoglienza per anziani non autosufficienti (R.S.A.)
		accoglienza per anziani non autosufficienti
		accoglienza per ricoveri temporanei di ospiti in dimissione ospedaliera al domicilio (ex art. 2)
		accoglienza per anziani autosufficienti (Comunità Alloggio per autosufficienti)
		Centro diurno
		nonno sitting
		accoglienza per anziani per temporaneo sollievo
AREA MARGINALITÀ SOCIALE	Servizi non residenziali	asilo notturno per persone in situazione di marginalità sociale

Per poter erogare l'assistenza a persone anziane autosufficienti e non autosufficienti, il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. ha ottenuto e mantiene, secondo quanto stabilito dalla Legge della Regione Veneto n. 22 del 16/08/2002, per le proprie Unità di Offerta:

- l'autorizzazione all'esercizio;
- l'accreditamento istituzionale;
- la sottoscrizione di appositi accordi contrattuali per la definizione dei rapporti giuridici ed economici con l'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 2 Marca Trevigiana.

La capacità di offerta residenziale del Centro di servizi, intesa in termini di posti letto, suddivisi per Unità di Offerta è:

Unità di Offerta	Nucleo		Capacità di offerta residenziale
Persone anziane non autosufficienti	Verde	(R.S.A.)	24
	Rosa		27
	Girasole		29
	Mela		21
	Arancia		7
	Arancia	posti letto per ricoveri temporanei di ospiti in dimissione ospedaliera al domicilio (ex art. 2)	5
Totale posti letto			113
Comunità Alloggio per persone autosufficienti	Melograno 1	autosufficienti	8
	Melograno 2	autosufficienti	9
Totale posti letto			17
Totale posti letto delle Unità di Offerta			130

L'assistenza semiresidenziale a persone anziane autosufficienti e non autosufficienti viene erogata attraverso il Centro Diurno.

I posti disponibili presso il Centro diurno sono 15, così suddivisi:

posti per persone autosufficienti	5
posti per persone non autosufficienti	10
Posti totali	15

1. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

1.1. VALORE PUBBLICO

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

Il P.I.A.O. deve avere come scopo la generazione di valore pubblico, inteso come l'impatto positivo che le politiche e i progetti dell'Ente hanno per la qualità dell'assistenza erogata ed il benessere complessivo degli ospiti, il benessere degli operatori e la soddisfazione degli interlocutori.

Il **valore pubblico** del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. si manifesta nell'erogazione dei propri servizi su un adeguato modello, secondo lo specifico bisogno, di assistenza medica, infermieristica, socio assistenziale, riabilitativa e alberghiera rivolta a persone prevalentemente anziane, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti non curabili a domicilio, in modo da garantire qualità ed appropriatezza degli interventi.

Si è, inoltre, posto come obiettivo lo sviluppo strategico dei servizi, in coerenza con i bisogni emergenti nel territorio e nell'ottica di un lavoro di rete con gli altri soggetti istituzionali (Azienda U.L.S.S., Comuni, Enti Gestori, Associazioni, ecc.). L'impegno dell'Ente è da sempre rivolto alla massima collaborazione con le istituzioni di riferimento in conformità a quelli che sono i principi fondamentali che ispirano l'attività dell'Ente: personalizzazione e umanizzazione dei servizi, miglioramento continuo delle prestazioni, trasparenza dell'operato ed etica professionale, ritenuti elementi essenziali per l'erogazione di un servizio di elevata qualità.

Il valore pubblico si pone, quindi, come la direzione verso la quale l'Ente intende orientare il proprio agire, utilizzando le proprie risorse al meglio e in modo funzionale al reale soddisfacimento dei bisogni della comunità locale.

Il valore pubblico generato dal Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. è rivolto ai seguenti portatori di interessi (*stakeholder*), di seguito classificati.

Principali stakeholder esterni
• Regione del Veneto
• l'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 2 Marca Trevigiana
• Comune di Volpago del Montello (TV) e altri Comuni del territorio di riferimento
• Fornitori ed appaltatori
• Comunità locale

Principali stakeholder interni
• Ospiti
• Familiari
• Dipendenti
• Rappresentanze sindacali
• Volontari

La mission dell'Ente consiste nell'erogazione di servizi socio-sanitari e assistenziali qualificati per gli ospiti non autosufficienti, ponendo sempre al centro la persona come soggetto unico con propri valori intrinseci. Vista la natura delle prestazioni offerte, l'Ente si impegna a garantire il rispetto delle libertà individuali e a creare, per quanto possibile, un ambiente intimo e familiare.

Gli obiettivi principali del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. possono essere così sintetizzati:

- favorire il benessere psico-fisico, sviluppando le capacità funzionali residue dell'anziano, attraverso piani assistenziali individualizzati (P.A.I.) che permettono di elevare la qualità di vita dell'ospite;
- garantire personale socio-sanitario, sanitario ed assistenziale altamente motivato e qualificato, con un livello di umanità indispensabile per offrire un servizio di alta qualità;

- presenza, all'interno della struttura, degli spazi funzionali e ricreativi idonei e necessari per rendere utile e piacevole il soggiorno degli ospiti.

Creare Valore Pubblico significa, quindi, riuscire a gestire secondo efficienza, economicità ed efficacia le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, dei dipendenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Il Valore Pubblico così inteso trova la sua declinazione nella definizione di un obiettivo strategico, coerente con le linee programmatiche dell'Amministrazione ovvero: valorizzare i servizi offerti.

Questo obiettivo strategico, per il raggiungimento del valore pubblico atteso, passa attraverso azioni concrete che verranno intraprese dall'Amministrazione in favore degli stakeholder interni ed esterni.

Esse possono così essere riassunte:

- interventi di ristrutturazione di parte dell'ala storica del Centro di servizi per il ricavo di n. 5 appartamenti autonomi da destinare al cohousing;
Con PEC del 12/03/2025 AVEPA ha comunicato l'ammissibilità e la finanziabilità dell'intervento con il riconoscimento di un contributo di Euro 750.000,00. Nel corso del 2025 sarà espletata la procedura negoziata per l'affidamento dell'intervento di ristrutturazione. L'inizio dei lavori è previsto entro settembre 2025;
- sviluppo della digitalizzazione che avrà un impatto immediato nella vita professionale degli operatori e delle persone che vengono assistite giornalmente, grazie al miglioramento dei processi di accessibilità sia fisica che digitale ai servizi dell'Ente, delle procedure di semplificazione e reingegnerizzazione dei vari processi organizzativi e assistenziali (come la digitalizzazione dei documenti sanitari degli ospiti e la telemedicina), con maggiore soddisfazione degli ospiti, dei loro familiari e dei possibili fruitori dei servizi erogati;
- migliorare le performance assistenziali offerte attraverso percorsi che mirano alla personalizzazione delle cure con una specializzazione e un'attenzione particolare alle situazioni di fine vita e al Rischio Clinico;
- migliorare il sistema di comunicazione verso l'esterno e l'interno implementando gli strumenti a disposizione;
- monitoraggio e rispetto della previsione di bilancio e controllo delle spese;

La strategia del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. rivolta alla creazione del valore pubblico è un percorso di miglioramento continuo dell'organizzazione, che non può essere circoscritto nel confine dell'orizzonte temporale di riferimento del presente Piano. Tuttavia, limitatamente al triennio in esame, l'Ente si impegna, annualmente, attraverso il Piano, nel definire, aggiornare e misurare il valore pubblico generato con l'obiettivo finale di determinarne un incremento rispetto al periodo precedente.

1.2. PERFORMANCE

Con il concetto di *Performance* si intende il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità, degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. La performance organizzativa è collegata al modello di gestione della qualità adottato dall'Ente.

La performance individuale si lega strettamente all'esecuzione di un'azione e ai risultati e come tale, si presta ad essere misurata e gestita.

Dal 2007 il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. ha attivato un sistema di gestione e controllo della qualità scegliendo di utilizzare il sistema C.A.F. (*Common Assessment Framework*) quale strumento per il continuo miglioramento del servizio offerto e dell'organizzazione. Tale strumento è stato specificatamente realizzato dal Ministero per la Funzione Pubblica per favorire l'introduzione dell'autovalutazione e della cultura della qualità nelle pubbliche amministrazioni. L'obiettivo è favorire lo scambio di esperienze e di buone pratiche (*benchlearning*) e la comparazione sistematica delle *performance* (*benchmarking*). Il sistema C.A.F. richiede di sviluppare una "griglia di autovalutazione" attraverso la quale si conduce un'analisi che prende in considerazione la *performance* organizzativa dell'amministrazione in quattro diversi ambiti. Ogni ambito si riconduce, per il risultato atteso, alla linea di principio della *mission* istituzionale. Tali ambiti sono quello della *performance* rivolta agli utenti, al personale, alla società e, infine, quella propriamente chiamata *performance chiave*; tale preciso strumento consente di definire quali possano essere di

anno in anno gli obiettivi strategici (progetti prioritari) e la conseguente individuazione di possibili aree di miglioramento. Il sistema di gestione della qualità del servizio secondo il modello C.A.F., consolidatosi negli anni all'interno dei vari livelli dell'organizzazione, è diventato lo strumento guida per la pianificazione strategica delle attività dell'Ente. La sua efficacia si evidenzia anche nella possibilità di offrire coerenza tra il livello di pianificazione gestionale e quello di progettazione finanziaria.

La relazione che intercorre quindi tra sistema di autovalutazione C.A.F. e Albero delle Performance si può così esplicitare:

Mission	Area strategica	Obiettivo strategico	Progetto operativo
sono gli indirizzi politici dati dall'organo di Governo dell'Ente (Consiglio di Amministrazione)	sono i 4 ambiti definiti dal C.A.F. in cui la Direzione promuove la propria attività gestionale definendo le strategie da adottare per ottenere un risultato di miglioramento per l'ambito di competenza	ad ogni area strategica è attribuito un obiettivo/progetto definito prioritario, che determinerà le politiche aziendali nel corso dell'anno, le modalità di intervento e la valutazione della performance	ogni progetto prioritario si avvale di tre sotto progetti. Ciascun sotto progetto in questo modo sarà riconducibile alla mission dell'Ente e darà il suo contributo alla realizzazione dell'obiettivo strategico definito per l'anno in corso

Sulla base del modello C.A.F. sono state individuate 4 aree strategiche di intervento istituzionale:



In armonia con il modello di gestione della qualità adottato dall'Ente, le linee strategiche annuali e pluriennali si sviluppano nelle quattro aree sopra descritte.

Per il 2025, le linee strategiche politico/gestionali vengono definite con lo sviluppo di tre progetti prioritari per ciascuna area come segue.

Area strategica	Obiettivo operativo	Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Utente	1. Predisposizione dei piani di lavori degli operatori del servizio cucina	Il progetto ha l'obiettivo di definire in maniera chiara e puntuale i compiti e le mansioni degli operatori in turno il mattino e degli operatori in turno il pomeriggio. In ottica della possibilità di preparare e confezionare i pasti per il servizio di assistenza domiciliare del Comune di Volpago, va predisposto anche il piano di lavoro dell'operatore di cucina che si occuperà di questo servizio.	Entro il 31/05/2025 approvazione e condivisione dei piani di lavoro con gli operatori del servizio cucina
	1. Predisposizione ed eventuale revisione dei protocolli e procedure per i servizi socio sanitari	Il progetto ha l'obiettivo di revisionare le procedure di lavoro in ambito sanitario e socio sanitario con l'elaborazione di protocolli e procedure atte a standardizzare i processi assistenziali in conformità alle linee guida nazionali in materia. Verranno creati dei gruppi di lavoro per ogni procedura da elaborare insieme a professionisti interni e/o esterni alla	Entro il 31/12/2025 predisposizione e/o revisione di: - protocollo gestione del fine vita - protocollo gestione delle contenzioni - protocollo servizio di volontariato

		struttura, prevedendo una formazione specifica a tutto il personale coinvolto prima della applicazione del protocollo/procedura.	
	1. Rispetto delle scadenze delle manutenzioni ordinarie delle attrezzature e degli impianti	L'obiettivo del progetto è quello di predisporre, con il supporto del nuovo RSPP, un piano aggiornato delle manutenzioni ordinarie delle attrezzature, delle strumentazioni e degli impianti con indicazione delle scadenze e numero di interventi in corso d'anno	Entro il 31/12/2025 presentazione di un report con l'indicazione precisa: - delle manutenzioni eseguite - della data di intervento - del numero di interventi eseguiti in corso d'anno - elenco delle attività di manutenzione eseguite - copia rapportino tecnico della ditta
2. Personale	2. Elaborazione procedura per l'etichettatura del vestiario degli ospiti	Il progetto ha l'obiettivo di predisporre una procedura per l'etichettatura del vestiario degli ospiti che consenta di rintracciare facilmente ed associare ogni singolo capo in dotazione ai nostri ospiti.	Entro il 31/12/2025 predisposizione della procedura.
	2. Controllo magazzino e controllo giacenze di magazzino con programma CBA	L'obiettivo del progetto è tenere costantemente monitorato l'utilizzo dei materiali di consumo all'interno dei nuclei e non avere grosse quantità di materiali in giacenza presso il magazzino dell'Ente	L'obiettivo si realizza in 3 fasi: - entro il 30/06/2025 presentazione di un report che deve indicare le richieste di materiali di consumo provenienti dai nuclei, la quantità dei materiali ordinati, le quantità di materiali rimasti a fine del mese di riferimento in magazzino - dal 01/07/2025 avvio del monitoraggio mensile con invio a fine mese della rendicontazione - a fine anno predisposizione della rendicontazione annuale
	2. Innovazione digitale: migrazione dei dati e degli applicativi in cloud	La finalità del progetto è: - proseguire l'innovazione digitale all'interno della struttura attraverso la migrazione al cloud di dati e applicazioni per migliorare l'efficienza, la scalabilità e la sicurezza della infrastruttura IT. - avere un'infrastruttura hardware dell'Ente snella e ridotta al minimo perché si traduce in minori investimenti e in minori costi di gestione e manutenzione	Il trasferimento di dati e applicazioni al cloud richiede un'attenta pianificazione per evitare interruzioni operative e garantire la protezione delle informazioni aziendali. Entro il 31/12/2025, l'ICT interno deve presentare una relazione tecnica dettagliata in cui è indicata - l'analisi delle esigenze dell'Ente - le modalità di migrazione sul Cloud - l'indicazione della soluzione cloud più adatta - la gestione della sicurezza dei dati prima e durante la migrazione - modalità di esecuzione della migrazione - test, monitoraggio e ottimizzazione del sistema - il dettaglio dei costi da sostenere per la migrazione al cloud - l'indicazione del risparmio dell'Ente per la sostituzione del server fisico con il cloud
3. Società	3. Integrazione con il territorio e con le associazioni locali per la realizzazione di un evento	Il progetto ha l'obiettivo di instaurare delle collaborazioni con le associazioni presenti nel nostro territorio di riferimento al fine di realizzare nuove attività da proporre ai nostri ospiti	Entro il 31/12/2025 realizzazione di 1 evento
	3. Perseguire la soddisfazione dell'utenza attraverso la rilevazione della qualità dei servizi percepita dagli ospiti e familiari	Analisi dei risultati relativi alla percezione sulla qualità dei servizi offerti	Entro il 31/12/2025 organizzazione di un incontro per la presentazione dei dati: - al Cda dell'Ente - al Comitato dei Familiari - a tutto il personale dipendente
	3. Tasso di copertura posti letto	Indice di saturazione/occupazione: - dei posti letto residenziali - dei posti di Centro diurno o Salotto del Montello	Entro il 31/12/2025: - la % di occupazione dei posti letto non deve essere inferiore a quella del 2024 - la media annua di fruitori del servizio semiresidenziale non deve essere inferiore a quella del 2024
4. Performance chiave	4. Avvio della ristrutturazione di parte dell'ala storica del Centro di servizi per il ricavo di n. 5 appartamenti autonomi da destinare al cohousing	L'obiettivo del progetto è la ristrutturazione del secondo piano dell'ala storica per la realizzazione di n. 5 appartamenti da destinare al cohousing	Entro il 31/12/2025 devono essere stati avviati i lavori di ristrutturazione del secondo piano dell'ala storica per il ricavo di n. 5 appartamenti autonomi da destinare al cohousing. Nel corso dell'anno: - deve essere approvato il progetto esecutivo dell'intervento - devono essere predisposti ed approvati i documenti per l'indizione della procedura negoziata per l'affidamento dei lavori ai sensi del D.lgs. 36/2023 - devono essere predisposti tutti i documenti ed effettuati tutte le verifiche previste dal D.lgs. 36/2023 per l'aggiudicazione alla ditta vincitrice dei lavori di ristrutturazione - deve essere predisposta tutta la documentazione necessaria per la rendicontazione della spesa secondo le modalità indicate da AVEPA

	Progettazione di un nuovo sistema di sicurezza: 4. 2 - telecamere - chiusura nucleo - nuovo sistema di chiamate	L'obiettivo del progetto è intervenire sul livello di sicurezza della struttura in particolare: - nuova predisposizione delle telecamere di sorveglianza - predisposizione della chiusura di un nucleo con porte con codice di sicurezza per la gestione degli ospiti della ex RSA - installazione di un nuovo impianto di gestione delle chiamate per residenze socio assistenziali	L'obiettivo si realizza in 3 fasi: - entro il 31/05/2025 consegna della relazione contenente la progettazione e i costi da sostenere per l'installazione di nuove telecamere - entro il 30/06/2025 consegna della relazione contenente la progettazione e i costi da sostenere per l'installazione di porte con codice di sicurezza - entro il 30/09/2025 consegna della relazione contenente la progettazione e i costi da sostenere per l'installazione di un nuovo impianto chiamata
	Progettazione pasti per servizio di assistenza domiciliare del comune di Volpago del Montello 4. 3	L'obiettivo del progetto è analizzare la fattibilità e la sostenibilità del costo con il personale interno della preparazione e del confezionamento di ulteriori pasti da consegnare a domicilio da parte del personale OSS del Comune di Volpago del Montello che gestisce il servizio di assistenza domiciliare	Entro il 31/05/2025 predisposizione: - della tabella di analisi dei costi interni - del calcolo del prezzo del pasto giornaliero - delle modalità di preparazione e confezionamento, con personale interno, dei pasti per il servizio di assistenza

Le linee di indirizzo e gli obiettivi di valore pubblico, si traducono in azioni e risultati operativi, per promuovere lo sviluppo di un processo di crescita continua, prevedendo un miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi e delle prestazioni erogate dall'Ente.

Il raggiungimento degli obiettivi strategici per arrivare alla creazione di valore pubblico passa attraverso l'apporto e alle prestazioni del personale e, il solo raggiungimento degli obiettivi, legittima l'erogazione economica di incentivi e premi nei limiti stabiliti dal contratto.

Gli obiettivi assegnati riguardano:

- la *performance organizzativa*
- la *performance individuale*

Performance organizzativa

La *performance organizzativa* è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi individuati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli altri portatori di interesse. Permette di programmare, misurare e poi valutare come l'organizzazione, consapevole della quantità e della qualità delle risorse a disposizione, utilizza le stesse in modo economico (economicità) e razionale (efficienza) per erogare servizi adeguati alle attese degli utenti (efficacia) con l'obiettivo di creare Valore pubblico, ovvero migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

Performance individuale

La *performance individuale* è il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

È necessario che la valutazione delle prestazioni dei dipendenti aiuti a mettere a fuoco non solo le formali mansioni, compiti e responsabilità dei dipendenti, staticamente considerati, ma anche il dinamico svolgimento dell'attività del dipendente all'interno dell'organizzazione e quindi, la posizione professionale e il ruolo attivo che il dipendente assume rispetto all'organizzazione, in merito alla realizzazione degli obiettivi perseguiti e la sua responsabilizzazione.

Nella scheda di valutazione individuale dei dipendenti vengono misurati tre ambiti a cui, per ognuno, viene assegnato un criterio di valutazione.

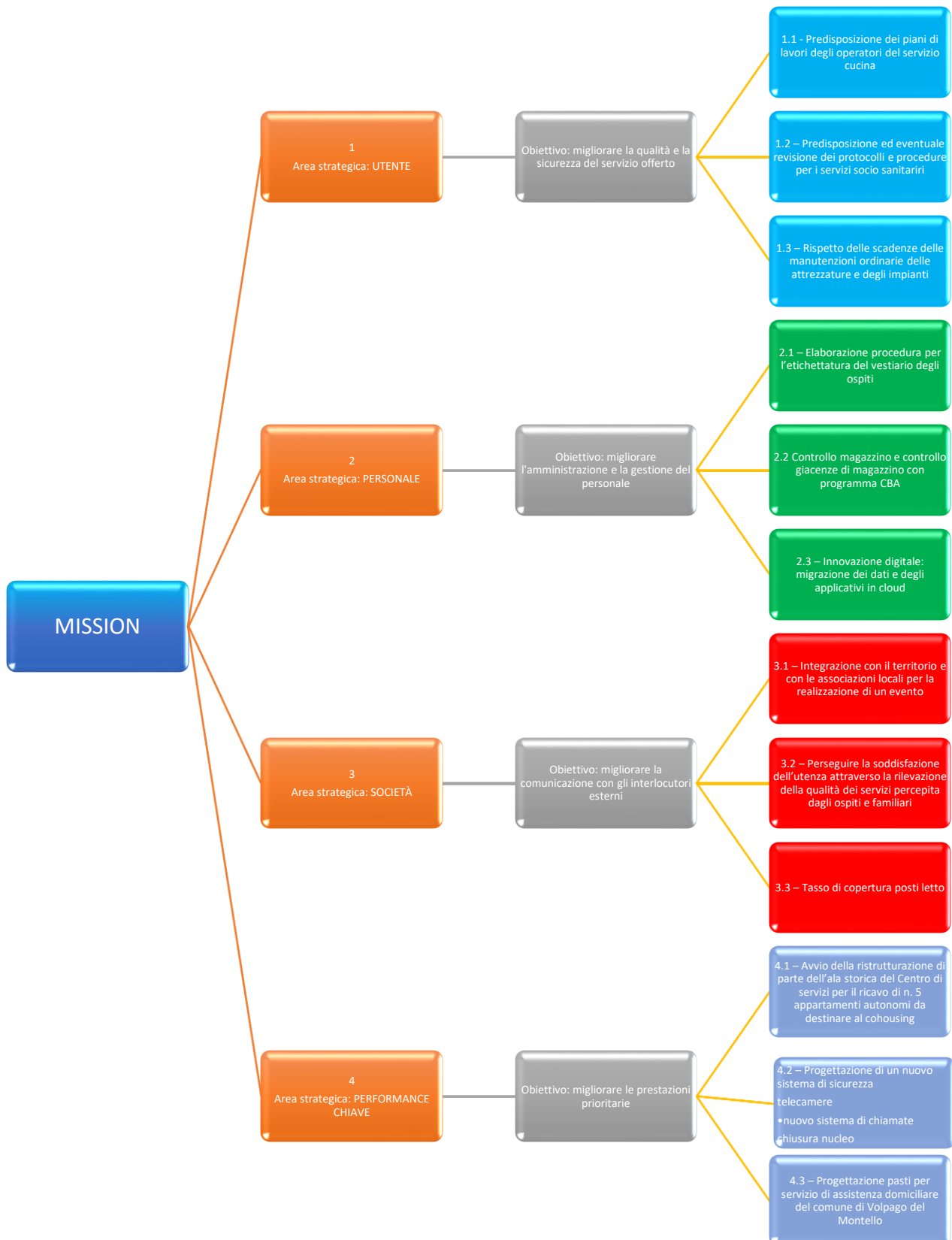
Ambito	Criterio di valutazione	Valutazione
Impegno	Rendimento e risultati nel rispetto dei piani di lavoro assegnati	0/20
Relazioni e collaborazione	Capacità di relazionarsi e coordinarsi con i colleghi	0/20
Competenze professionali e comportamento	Atteggiamento propositivo e attivo volto al perfezionamento delle competenze professionali	0/20

Secondo il sistema di valutazione del personale vigente, il punteggio da attribuire:

- alla completa realizzazione degli obiettivi di performance organizzativa è di 40 punti;
- alla valutazione della performance individuale è di 60 punti.

Albero delle Performance

Si richiama l'Albero delle Performance per evidenziare come ad ogni "Area strategica" individuata come da sistema gestionale interno sulla qualità (C.A.F.), corrisponde un Obiettivo prioritario dell'anno, dal quale si declinano tre sotto obiettivi.



1.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Premessa: La predisposizione della sezione rischi corruttivi e trasparenza

L'Autorità Nazionale Anticorruzione afferma che, *“se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi. La prevenzione della corruzione ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione”* (ANAC - PNA 2022).

Con la presente sezione del Piano integrato di attività e organizzazione viene pianificato un programma di attività coerente con i risultati di una fase preliminare di analisi dell'organizzazione interna e del funzionamento della struttura in termini di “possibile esposizione” a fenomeni di corruzione.

Come base di partenza sono stati considerati gli esiti del monitoraggio del PTPCT 2024/2026 approvato con Deliberazione del C.d.a. dell'Ente n. 2 del 22/02/2025, al fine di individuare misure per prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi adeguate all'analisi del contesto esterno e interno dell'Ente.

Il processo di aggiornamento e revisione della presente sezione ha coinvolto una pluralità di soggetti:

- il Consiglio di amministrazione ha definito gli obiettivi strategici in materia di contrasto alla corruzione e di trasparenza;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) ha svolto un ruolo propositivo e di coordinamento;
- i Responsabili dei Servizi della struttura hanno partecipato, per le attività dei settori di rispettiva competenza, alla valutazione dei processi da mappare, alla determinazione della misura del rischio ed alla individuazione delle misure preventive.

Come ogni anno è stato pubblicato, inoltre, apposito avviso sulla home page e nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale dell'Ente, rivolto a tutti gli stakeholders del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. (ovvero ospiti, familiari, cittadini, associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi), al fine di raccogliere proposte, suggerimenti e/o osservazioni per la predisposizione dell'aggiornamento della presente sottosezione (prot. n. 4417 pubblicato il 22/10/2024), senza avere ricevuto alcun riscontro in merito.

1. Obiettivi strategici specifici e coordinamento con altri obiettivi

Il presente piano, attraverso l'individuazione delle aree a rischio corruzione, la valutazione del rischio e la previsione delle misure preventive della corruzione, ha la finalità di garantire la legalità e la trasparenza dell'azione amministrativa e quindi, in prospettiva, di perseguire il primario obiettivo del valore pubblico.⁽¹⁾

Nell'ottica di un raccordo tra i sistemi di programmazione dell'Ente si evidenzia che gli obiettivi declinati nella sottosezione 2.2 Performance, si traducono necessariamente in obiettivi di valore pubblico.

Si individua - quale obiettivo specifico di anticorruzione e trasparenza - l'analisi di tutta l'attività amministrativa attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Si individuano inoltre i seguenti obiettivi strategici e specifici di questa sezione del PIAO:

- revisione e miglioramento della regolamentazione interna con l'adozione del codice di comportamento aggiornato;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione trasparente”;
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni.

2. Analisi del contesto esterno

¹ PNA 2022 pag. 29

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale questo Ente opera, possa favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'analisi è stata effettuata consultando le seguenti fonti esterne:

- o dati dell'“Indice della percezione della corruzione 2024” diffusi da Transparency International
<https://www.transparency.org/en/cpi/2024c>
- o Direzione Investigativa Antimafia (DIA) nella Relazione al Parlamento II semestre 2023
<https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2021/12/Rel.-Sem.-2-2023-WEB.pdf>
- o nota prot. 15035 del 26/02/2024 della Prefettura di Treviso Ufficio Territoriale del Governo “Aggiornamento annuale dei PTPCT dei Comuni. Elementi per l'analisi del contesto esterno (anno 2024)”
- o Il Sole 24 ore: classifiche degli indicatori che compongono l'indagine della qualità della vita
https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/tabelle/?refresh_ce=1

3. Analisi del contesto interno

3.1 I soggetti

I soggetti che concorrono alla strategia di prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente sono:

Ruolo	Responsabilità/Posizione di lavoro presso l'Ente	Competenze sulla Prevenzione della corruzione
Organo di indirizzo politico amministrativo	Consiglio di Amministrazione	- o nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza - o adotta il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza e integrità e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione; - o propone alla Direzione indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Segretario - Direttore	- o propone al C.d.A. gli atti e i documenti per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e di quello della Trasparenza e Integrità e ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione - o elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione - o cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti - o in qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità promuove l'applicazione del relativo programma e svolge attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente - o vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio - o indica 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 della trasparenza
Soggetto con funzioni analoghe all'Organismo indipendente di valutazione OIV	Segretario - Direttore	- o svolge i compiti propri connessi alla trasparenza amministrativa, attestando l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione - o verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1, comma 8 bis, L. n. 190/2012; art. 44, D. Lgs. n. 33/2013)
Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)		- o svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. 165/2001) - o provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.); - o propone l'aggiornamento del Codice di comportamento; - o opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.P.R. 62/2013 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”
Responsabili delle aree e dei servizi	Incarichi di Elevata Qualificazione e Funzionari	o partecipano al processo di gestione del rischio, in particolare per le attività indicate all'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.

		o sono responsabili della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni di competenza della propria area che siano oggetto di pubblicazione obbligatoria o, nel caso in cui non sia possibile provvedere direttamente alla pubblicazione, trasmettono i documenti al responsabile della pubblicazione dei dati
Altri dipendenti interessati		- o i R.U.P. (Responsabile Unico del Progetto) in quanto gestori delle procedure di approvvigionamento di beni, servizi e di effettuazione di lavori - o i responsabili di procedimenti di selezioni e concorsi pubblici per l'assunzione di personale e per l'attribuzione di incarichi in quanto responsabili delle procedure amministrative - o il responsabile della gestione della turnistica in quanto gestore dei turni di lavoro - o i coordinatori di area in quanto responsabili della rotazione del personale - o l'assistente sociale in quanto responsabile del procedimento per l'ingresso degli ospiti
Dipendenti dell'Ente	Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato	- o partecipano al processo di gestione del rischio; - o osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento - o segnalano eventuali situazioni di illecito
Collaboratori	Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Ente	- o osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento - o segnalano eventuali situazioni di illecito

Con Determinazione n. 237 del 10/12/2024, si è provveduto alla revisione n. 6 dell'Organigramma per la gestione dell'anticorruzione e della trasparenza.

3.2 La Struttura Organizzativa del Centro Servizi

Nella struttura organizzativa del Centro di servizi al 31/12/2024 sono presenti n. 96 dipendenti di cui n. 1 titolare di posizione di elevata qualificazione ed il Segretario Direttore.

Si rinvia alla Sezione Organizzazione e Capitale Umano del PIAO.

Per quanto riguarda le politiche, gli obiettivi, le strategie nonché le risorse finanziarie a disposizione dell'Ente, si fa rinvio al Bilancio di previsione 2025/2027 – Atti di Programmazione 2025- , approvato con Deliberazione n. 1 del 22/02/2025 del Cda e pubblicati al seguente link <https://one33.robbyone.net/228/IT/entities/list/budget-and-final-balance>

3.3 Individuazione delle aree di rischio

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dal centro servizi venga gradualmente esaminata al fine di identificare le aree, e al loro interno i processi, che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi ⁽²⁾.

L'art. 1, comma 16, L. n. 190/2012, ha individuato "di default" alcune aree di rischio ritenendole comuni a tutte le Amministrazioni. Tali aree si riferiscono ai procedimenti di:

- a) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato D.lgs. n. 150 del 2009;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. n. 36/2023 e s.s.m.i;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) autorizzazione o concessione.

La mappatura dei processi è stata effettuata con riferimento a tutte le aree che comprendono ambiti di attività che la normativa e il PNA considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni (c.d. aree generali di rischio) ovvero:

² PNA 2019 All. 1 pag.13

Aree Generali	
Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1. Gestione dei rapporti con la Regione Veneto ed altri enti territoriali
Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1. Erogazioni pubbliche
Area acquisizione e progressione del personale	1. Reclutamento 2. Progressioni di carriera 3. Conferimento di incarichi di collaborazione
Area contratti pubblici	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento 2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento 3. Requisiti di qualificazione 4. Requisiti di aggiudicazione 5. Valutazione delle offerte 6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte 7. Procedure negoziate 8. Affidamenti diretti 9. Revoca del bando 10. Redazione del cronoprogramma 11. Varianti in corso di esecuzione del contratto 12. Subappalto 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
Area gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1. Accertamenti 2. Riscossioni 3. Impegni di spesa 4. Liquidazioni 5. Pagamenti 6. Alienazioni 7. Concessioni e locazioni
Area controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1. Controlli 2. Sanzioni
Area incarichi e nomine	1. Incarichi 2. Nomine
Area affari legali e contenzioso	1. Risarcimenti 2. Transazioni
Aree Specifiche	
Area ospitalità e degenza	1. Gestione procedure di accesso a servizi a regime residenziale e a regime semi-residenziale 2. Attività dirette e indirette di assistenza all'ospite

3.4 Mappatura dei processi

Individuate come sopra le aree e relative sub-aree di attività a rischio corruzione, si tratta di individuare all'interno delle stesse i relativi processi.

Un **processo** può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno al centro servizi (utente)⁽³⁾.

Sul piano del metodo si pone il problema del rapporto fra processo, come sopra definito, e i procedimenti amministrativi codificati dalla L. n. 241/1990. La differenza sostanziale sta nel fatto che i procedimenti amministrativi sono formalizzati, mentre il processo che qui viene in rilievo riguarda il modo concreto in cui il centro servizi ordinariamente agisce, e che tiene anche conto in particolare delle prassi interne e dei rapporti – formali e non – con i soggetti esterni all'Ente che nel processo intervengono.

L'allegato 1 al PNA 2019 prevede che la mappatura dei processi si articoli nelle seguenti fasi:

a) **identificazione dei processi**, consistente nell'elencazione completa dei processi svolti dall'Ente;

³ PNA 2019 All. 1 pag.14

- b) **descrizione del processo**, consistente principalmente nella descrizione delle attività che scandiscono e compongono il processo, dei soggetti che svolgono le attività e nell'individuazione della responsabilità complessiva del processo ⁽⁴⁾;
- c) **rappresentazione**, consistente nella rappresentazione grafica o tabellare degli elementi descrittivi del processo illustrati nella fase precedente.

Per addivenire all'**identificazione dei processi**, il Responsabile della prevenzione della corruzione ha coordinato, nell'ambito di riunioni periodiche, l'attività dei *Responsabili dei servizi* dell'Ente; tale gruppo di lavoro ha potuto enucleare i processi svolti all'interno dell'Ente ed elencarli nella Tavola allegato 1 "**Catalogo dei processi**" raggruppandoli in aree di rischio.

Si ritiene che l'allegato "Catalogo dei processi", risulti adeguato rispetto alla raccomandazione di ANAC ⁽⁵⁾, affinché le Amministrazioni si concentrino sui processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo dei PNRR e dei fondi strutturali.

Per quanto riguarda la **descrizione dettagliata dei processi**, trattandosi di un'attività molto complessa, risulta indispensabile provvedervi gradualmente.

La descrizione è fin qui avvenuta mediante indicazione delle fasi e delle attività che scandiscono e compongono il processo, dei soggetti che svolgono le relative attività e della responsabilità complessiva del processo e risulta riportata nella Tavola allegato 2_ "**Descrizione dettagliata dei processi**".

Si prevede di effettuare, nel corso del 2025, la descrizione dettagliata dei processi dell'Area dei Contratti pubblici con l'aggiornamento alle disposizioni previste dal D. lgs. 36/2023 "*Codice dei contratti pubblici*" e dal D.lgs. 209/2024 "*Disposizioni integrative e correttive al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36*".

L'ultima fase della mappatura dei processi concerne la "**rappresentazione**" ⁽⁶⁾ tabellare degli elementi descrittivi del processo sopra illustrati.

Nel presente Piano detta rappresentazione è stata svolta all'interno:

- dell'allegato 1 - Catalogo dei processi;
- dell'allegato 2 - Descrizione dettagliata dei processi;
- dell'allegato 5 - Misure preventive.

In relazione ai dati analizzati nell'ambito del contesto interno riferiti all'annualità trascorsa, si ritiene che la loro incidenza sul rischio di corruzione dell'Amministrazione possa così riassumersi:

Indicatore	Sussistenza (sì/no) e n.	Valutazione su rischio di corruzione (basso/medio/alto)
Procedimenti penali avviati nei confronti dei dipendenti dell'Ente nella scorsa annualità	No – nr 0 provvedimenti avviati	basso
Segnalazioni di whistleblowing pervenute	nr 0	basso
Procedimenti disciplinari	Si - 2 violazioni al DPR n. 62/2013	basso

4. Valutazione del rischio

4.1 Identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione degli eventi rischiosi ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza di questo Ente, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. ⁽⁷⁾

potrebbero verificarsi.

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

L'attività di identificazione è stata effettuata mediante l'analisi delle seguenti fonti informative:

- contesto interno ed esterno dell'Ente,

⁴ PNA 2019 All. 1 pag.17

⁵ PNA 2022 pag.32

⁶ PNA 2019 All. 1 pag.19

⁷ PNA 2019 All. 1 pag.28

- incontri con i Responsabili dei servizi che abbiano conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- indicazioni tratte dal PNA, con particolare riferimento agli indici di rischio indicati nell'Allegato 5 e alla lista esemplificativa dei rischi di cui all'Allegato 3.

L'indagine si è conclusa con l'elaborazione della Tavola allegato 3 **“Registro degli eventi rischiosi”**.

4.2 Analisi del rischio

L'analisi del rischio è stata effettuata tramite due strumenti:

- a) **l'analisi dei fattori abilitanti**, cioè l'analisi dei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione
- b) **la stima del livello di esposizione al rischio**, cioè la valutazione del rischio associato ad ogni processo o attività.

4.2.1 Individuazione dei fattori abilitanti

Seguendo le indicazioni del PNA 2019 ⁽⁸⁾ sono stati individuati i seguenti fattori abilitanti e per ciascuno di essi è stato previsto un percorso guidato per determinarne la loro incidenza su ogni singolo processo.

FATTORE 1: PRESENZA DI MISURE DI CONTROLLO
Presso l'Amministrazione sono già stati predisposti strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi?
Si, ma sono controlli non specifici o a campione, derivanti dal fatto che il processo è gestito anche da soggetti diversi dall'ufficio che lo ha istruito o ha adottato l'output
FATTORE 2: TRASPARENZA
Il processo è oggetto di procedure che ne rendono trasparente l'iter e/o l'output, all'interno dell'ente, stakeholder, soggetti terzi?
Si il processo o gran parte di esso è pubblico, anche tramite Amministrazione trasparente
FATTORE 3: COMPLESSITÀ DEL PROCESSO
Si tratta di un processo complesso?
Si, ma la complessità deriva dall'applicazione di norme di legge e regolamento note e generalmente conosciute
FATTORE 4: RESPONSABILITÀ, NUMERO DI SOGGETTI COINVOLTI E ROTAZIONE DEL PERSONALE
Il processo è gestito sempre dai medesimi soggetti, da singoli o piccoli gruppi non sostituibili perché non è facilmente attuabile la rotazione del personale?
Si il processo è gestito da uno o pochi funzionari, non facilmente sostituibili con criteri di rotazione, ma ciò impatta relativamente sul rischio corruttivo perché il processo in altre fasi viene visto o gestito indirettamente da altri soggetti dell'organizzazione
FATTORE 5: INADEGUATEZZA O ASSENZA DI COMPETENZE DEL PERSONALE ADDETTO AI PROCESSI
Il processo è gestito da soggetti la cui competenza è adeguata alla complessità dello stesso?
Non è un processo influenzabile dalla specifica competenza del personale
FATTORE 6: FORMAZIONE, CONSAPEVOLEZZA COMPORTAMENTALE E DEONTOLOGICA
Il personale che gestisce il processo è stato oggetto specifica formazione, sia tecnica sia relativa a questioni comportamentali, etiche e deontologiche?
Si, il personale coinvolto è stato oggetto solo di formazione generale sulle tematiche delle responsabilità penali, comportamentali e deontologiche

Il grado di incidenza di ciascun fattore abilitante è stato determinato dal Gruppo di lavoro composto dai Responsabili dei servizi, mediante l'utilizzo di una scala di misurazione ordinale articolata in BASSO (in caso di risposta n. 1), MEDIO (in caso di risposta n. 2) e ALTO (in caso di risposta n. 3).

L'incidenza complessiva di tutti fattori abilitanti su ciascun processo è stata successivamente determinata utilizzando il concetto statistico della “moda”, cioè attribuendo il valore che si è presentato con maggiore frequenza. Nel caso di più valori presenti con la stessa frequenza si è preferito scegliere quello più alto per evitare la sottostima del rischio.

4.2.2 Individuazione degli indicatori, misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico

Il secondo strumento di analisi del rischio, comunque correlato al primo, è servito per definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi. Tale attività è stata importante per individuare i processi e le attività 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.

Gli indicatori di rischio utilizzati sono stati individuati seguendo le indicazioni del PNA 2019 e anche in questo caso è stato previsto un percorso guidato per misurare il livello del rischio.

CRITERIO 1: LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO
Esistono interessi, anche economici, a vantaggio di beneficiari o per i destinatari del processo?
Sì, anche se i benefici non sono di entità tale da destare interessi di sorta:
CRITERIO 2: GRADO DI DISCREZIONALITA' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA
Il processo è caratterizzato da aspetti discrezionali in capo al personale istruttore o apicale?
Sì, perché il processo è definito da norme di legge, con alcuni margini di discrezionalità in capo ai soggetti coinvolti
CRITERIO 3: MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NEL PROCESSO/ATTIVITA' ESAMINATA
In passato si sono manifestati, presso l'ente o presso enti analoghi della Regione, eventi corruttivi (penalmente o disciplinarmente rilevanti) riferibili al processo?
No, dall'analisi dei fattori interni non risulta
CRITERIO 4: IMPATTO SULL'OPERATIVITÀ, L'ORGANIZZAZIONE E L'IMMAGINE
Se si verificasse il rischio inerente questo processo, come ne risentirebbe l'operatività dell'Ente e la sua immagine?
Vi sarebbero conseguenze marginali e l'ufficio continuerebbe a funzionare

Il grado di incidenza di ciascun indicatore di rischio, in analogia a quanto previsto per i fattori abilitanti, è stato determinato dal Gruppo di lavoro composto dai Responsabili dei servizi, mediante l'utilizzo di una scala di misurazione ordinale articolata in BASSO (in caso di risposta n. 1), MEDIO (in caso di risposta n. 2) e ALTO (in caso di risposta n. 3).

L'incidenza complessiva di tutti gli indicatori su ciascun processo è stata successivamente determinata utilizzando il concetto statistico della "moda", cioè attribuendo il valore che si è presentato con maggiore frequenza. Nel caso di più valori presenti con la stessa frequenza si è preferito scegliere quello più alto per evitare la sottostima del rischio.

4.2.3 Formulazione di un giudizio sintetico

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili dei fattori abilitanti e degli indicatori di rischio e aver proceduto all'elaborazione del valore sintetico di ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si è proceduto alla definizione del livello di rischio di ciascun processo attraverso la combinazione logica dei due fattori secondo i criteri indicati nella tabella seguente

FATTORI ABILITANTI	INDICATORI DI RISCHIO	LIVELLO COMPLESSIVO DI RISCHIO
ALTO	ALTO	CRITICO
ALTO	MEDIO	ALTO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	MINIMO

L'allegato 4 "Misurazione del livello di esposizione al rischio" riporta la valutazione complessiva del livello di esposizione.

4.2.4 Ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e la priorità di trattamento dei rischi.

In questa fase si è ritenuto di:

1. *assegnare la massima priorità ai processi che hanno ottenuto una valutazione complessiva di rischio **ALTO** procedendo, poi, in ordine decrescente di valutazione,*
2. *prevedere "misure specifiche" per gli oggetti di analisi con valutazione complessiva di rischio **ALTO** e **CRITICO**.*

5. Il trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione sulle priorità di trattamento.

Per misura si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Le misure sono classificate in "**generali**" (aventi capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera Amministrazione) e "**specifiche**" (che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio).

Le misure, sia generali che specifiche, sono state puntualmente indicate, descritte e ripartite per singola area di rischio nella **Tavola allegato 5 Misure preventive**, che comprende altresì un sintetico riepilogo del sistema di gestione del rischio corruttivo previsto dal presente Piano.

Le principali misure generali individuate dal legislatore (a suo tempo denominate obbligatorie) sono riassunte nelle schede allegate al PNA 2013 alle quali si rinvia per i riferimenti normativi e descrittivi. Alcune di queste misure (trasparenza, formazione, codici di comportamento e obbligo di astensione) vanno applicate a tutti i processi individuati nel catalogo allegato al presente piano e da tutti i soggetti coinvolti negli stessi.

Relativamente alle singole misure preventive generali si evidenzia quanto segue.

5.1 Adempimenti relativi alla trasparenza - Rinvio

In ordine alle misure relative alla trasparenza, si rinvia alla sezione Trasparenza della presente sezione e all'allegato 6 – Elenco obblighi di pubblicazione.

5.2 Doveri ⁽⁹⁾ di comportamento

In ordine ai doveri di comportamento dei dipendenti pubblici si rinvia al Codice generale emanato con D.P.R. n. 62/2013 e al codice di comportamento dell'Ente integrativo e specificativo di quello generale, approvato con delibera del Cda n. 15 del 26/01/2015, entrambi da ritenersi parte integrante del presente Piano.

Con D.P.R. n. 81/2023 sono state apportate alcune modifiche al D.P.R. n. 62/2013. Le principali novità riguardano l'introduzione dei due nuovi articoli 11-bis e 11-ter, che trattano la materia dell'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei social media, a tutela principalmente dell'immagine della pubblica amministrazione. È prevista altresì la possibilità per le amministrazioni di adottare una "social media policy", al fine di individuare le condotte che possono danneggiare la reputazione delle amministrazioni.

L'Ente ha provveduto ad adeguare le disposizioni del Codice di comportamento alle disposizioni introdotte dal D.P.R. 81/2023 con delibera del C.d.a. n. 15 del 27/04/2023.

5.3.1 Rotazione ordinaria del personale

Oltre all'adozione della misura preventiva della rotazione, si debbono adottare misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali l'implementazione di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori ed in linea generale la trasparenza interna delle attività.

5.3.2 Rotazione straordinaria del personale

L'art. 16, comma 1, lett. 1-*quater*, D. Lgs. n. 165/2001, prevede che "i dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Sarà cura di ogni Responsabile dei Servizi dare attuazione a quanto previsto dalla citata norma. Qualora ad essere coinvolto fosse un Responsabile, spetterà al Presidente dell'Ente adottare il relativo provvedimento.

Per tutti i profili che attengono alla rotazione straordinaria si rinvia alla delibera ANAC n. 215/2019.

5.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

⁹ PNA 2019 pag. 42 e seguenti

L'art. 6 *bis*, L. n. 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, L. n. 190/2012, stabilisce che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endo-procedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endo-procedimentali o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

Si rinvia a quanto stabilito al riguardo dal Codice di comportamento generale e dal Codice di comportamento dell'Ente e dalla procedura interna (approvata con disposizione di servizio Uff. Qualità n. 03 del 01.08.2017).

Per quanto riguarda la materia di contratti pubblici, il PNA 2022¹⁰ ha dedicato una sezione specifica al conflitto di interessi dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

Il D.lgs. 36/2023 all'art. 16 ha definitivamente e delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. La normativa impone al personale che versa in situazioni di conflitto di interessi di darne comunicazione alla stazione appaltante e di astenersi dal partecipare alle stesse e alle stazioni appaltanti di vigilare circa l'osservanza di detti obblighi da parte del personale impiegato nell'espletamento delle suddette procedure.

5.5 Conferimento e autorizzazione incarichi

Il cumulo in capo ad un medesimo soggetto di incarichi conferiti dall'Amministrazione può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale, con il rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati o impropri. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extraistituzionali, da parte del personale interno può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Conseguentemente non possono essere conferiti ai dipendenti incarichi, non compresi nei compiti e doveri d'ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da leggi o altre forme normative, o che non siano espressamente autorizzati.

Si prevede che venga effettuata una valutazione, nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione, della possibilità di svolgere incarichi anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie.

5.6 Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali

In attuazione dell'art. 1, comma 49, L. n. 190/2012, il legislatore ha adottato il D. Lgs. n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e di vertice nelle P.A., per la prima volta specificamente considerati nell'ottica di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione.

In attuazione degli artt. 3, 9 e 12 nonché dell'art. 20 del citato decreto legislativo, sarà compito del Responsabile della gestione del personale far sottoscrivere a tutti gli interessati e pubblicare sul sito istituzionale alla sezione Amministrazione Trasparente, apposita dichiarazione di insussistenza delle condizioni di inconferibilità e incompatibilità, che dovrà essere firmata al momento dell'affidamento dell'incarico e, per gli incarichi di durata pluriennale, annualmente, entro 30 giorni dall'approvazione del piano anticorruzione.

¹⁰ PNA 2022 pagg. 96 e seguenti

Sono obbligati al rilascio di detta dichiarazione, i dipendenti incaricati delle funzioni di Responsabile dei servizi nonché il Segretario Direttore.

Si prevede di acquisire, preliminarmente all'attribuzione dell'incarico di Responsabile di servizio, una dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico.

5.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*)

La Legge 190/2012 ha introdotto nell'ambito dell'articolo 53 del D.lgs. n. 165 del 2001 il comma 16-ter il quale stabilisce *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”*.

Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, si prevede l'obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione o di lavoro dipendente con i soggetti individuati con la precitata norma.

5.8 Misure di prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni degli incarichi

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35 *bis*, D. Lgs. n. 165/2001, e dell'art. 3 *“Inconfiribilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la P.A.”* del D.lgs. n. 39/2013, l'Amministrazione, per il tramite del Responsabile del Servizio di competenza, verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi all'atto della formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi (anche per coloro che vi fanno parte con compiti di segreteria).

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato, prima del conferimento dell'incarico, attestante, oltre all'assenza di cause di conflitto di interessi e/o incompatibilità, il fatto di non aver subito condanne, anche non passate in giudicato, per i reati previsti nel capo I titolo II del libro secondo del codice penale (delitti di pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione).

Il dipendente, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, è tenuto a comunicare – non appena ne viene a conoscenza – al superiore gerarchico e al Responsabile della prevenzione, di essere stato sottoposto a procedimento di prevenzione ovvero a procedimento penale per reati di previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35 *bis*, D. Lgs. n. 165/2001, il RPCT non appena ne sia venuto a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio⁽¹¹⁾.

5.9 Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti – *whistleblowing*

L'articolo 54bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 e poi modificato dalla Legge n.179/2017, ha introdotto le *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*, il cosiddetto *“whistleblowing”*. In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il D.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 che ha esteso ulteriormente il campo di applicazione della normativa vigente.

Il Centro di servizi Guizzo Marseille ha aderito al progetto WhistleblowingPA e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi in quanto ritiene importante dotarsi di uno strumento sicuro per le segnalazioni. La piattaforma permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni di illeciti e di dialogare con i segnalanti, anche in modo anonimo.

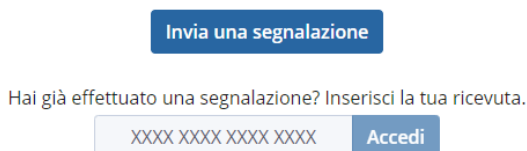
La segnalazione di situazioni di illecito riguardanti l'Ente, può essere fatta:

- direttamente ad ANAC attraverso l'apposita applicazione informatica Whistleblower, collegandosi al sito istituzionale ANAC <https://www.anticorruzione.it/-/whistleblowing>

¹¹ PNA 2019 pag. 61

- segnalazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Ente attraverso la compilazione di un questionario al quale si accede al seguente indirizzo: <https://guizzomarseilleipab.whistleblowing.it/> accessibile anche dalla sezione di Amministrazione trasparente – Attività e procedimenti;

Una volta aperto il collegamento apparirà la seguente schermata:



La segnalazione viene compilata sotto forma di Questionario e può essere inviata anche in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata

5.10 Formazione del personale in tema di anticorruzione

Si prevede di effettuare attività di formazione in materia di anticorruzione nei confronti di tutto il personale dipendente nell'ambito di riunioni appositamente dedicate o mediante la partecipazione a corsi formativi.

Il D.P.R. 81/2023 tra le modifiche apportate al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. Tali materie sono inserite nel Piano di formazione 2025/2026.

5.11 Monitoraggio dei tempi procedurali

Ciascun responsabile dei servizi e, in genere, ciascun dipendente, cui è affidata la "gestione" di un procedimento amministrativo, ha l'obbligo di monitorare il rispetto dei tempi di procedimento di propria competenza, e deve intervenire sulle anomalie che alterano il rispetto dei tempi procedurali. Siffatti casi di anomalia dovranno essere comunicati tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'Amministrazione prevede di effettuare annualmente un monitoraggio a campione dell'attuazione delle misure preventive previste nell'allegato 5; laddove nel citato allegato non vengano previsti specifici valori attesi delle singole misure, gli stessi sono quelli previsti dalle relative norme di legge.⁽¹²⁾

6. Trasparenza

Alla corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza concorrono il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e tutte le strutture dell'Amministrazione attraverso i rispettivi responsabili.

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

Per ogni Sezione e/o Sottosezione sono indicati l'Area competente alla pubblicazione e aggiornamento dei dati, e i termini per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione o la non applicabilità dell'adempimento. L'aggiornamento dei dati informativi oggetto di pubblicazione è determinato con:

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

¹² PNA 2022 pagg.33 e seguenti

Il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. assicura la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati sul sito istituzionale dell'Ente nella sezione *Amministrazione trasparente*, secondo le indicazioni di ANAC.

Con la delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ANAC ha approvato 3 nuovi schemi ai sensi dell'art. 48 del D.lgs. n. 33/2013 ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis "Trasparenza sull'utilizzo delle risorse pubbliche", 13 "Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni" e 31 "Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione".

ANAC concede un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi. Durante il periodo transitorio la sospensione dell'attività di vigilanza di ANAC sarà circoscritta alla sola mancata conformità ai tre schemi, quale modalità di rappresentazione del dato oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma non comporterà il venir meno dell'obbligo, per i soggetti tenuti, di rispettare le prescrizioni dettate dai medesimi artt. 4-bis, 13 e 31 del d.lgs. n. 33/2013.

6.3 Trasparenza e tutela dei dati personali

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati» par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1 lett. d).

Il D. Lgs. n. 33/2013 all'art. 7 *bis*, comma 4, dispone inoltre che «nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le Pubbliche Amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

6.4 Accesso civico

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le Pubbliche Amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo nonché il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria. La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione soggettiva, è gratuita e non deve essere motivata.

Per l'attuazione del diritto di accesso si fa rinvio alla disciplina dettata dall'art. 5 del D. Lgs. n. 33/2013.

Tutte le informazioni necessarie per garantire l'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato sono pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale.⁽¹³⁾

7. Monitoraggio

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. La fase del monitoraggio è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio e va progettata e poi attuata nel corso di un triennio secondo una logica di gradualità progressiva.⁽¹⁴⁾

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge 190/2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette al consiglio di amministrazione.

La predetta relazione, una volta approvata, è consultabile nel sito web istituzionale dell'Ente.

Oltre al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, sono previste le seguenti azioni di verifica:

- ciascun *Responsabile dei Servizi* deve informare **tempestivamente** il RPCT in merito al mancato rispetto dei tempi previsti dai procedimenti e a qualsiasi altra anomalia accertata in ordine alla mancata attuazione del presente piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo al RPCT le azioni sopra citate qualora non dovessero rientrare nella propria competenza;

¹³ PNA 2022 pag. 37

¹⁴ PNA 2022 pag. 40

- il RPCT, **con cadenza semestrale/annuale**, è tenuto a consultare i *Responsabili dei servizi* in ordine alla effettiva attuazione delle misure previste dal presente Piano al fine di rilevare eventuali criticità sulla idoneità e attuabilità delle misure previste;
- il RPCT, **con cadenza semestrale/annuale**, è tenuto ad effettuare il monitoraggio sulle richieste di accesso civico, semplice o generalizzato, anche attraverso la verifica della pubblicazione e della corretta tenuta del registro degli accessi ⁽¹⁵⁾.

L'attività di contrasto alla corruzione deve necessariamente coordinarsi con l'attività di controllo prevista dal regolamento sui controlli interni.

In particolare, nel triennio di validità del presente Piano, il RPCT, in occasione del controllo successivo di regolarità amministrativa, oltre ai previsti controlli a campione sui provvedimenti adottati, dovrà impostare un programma di verifiche specifiche atte ad accertare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione individuate dal piano, e di seguito evidenziate:

Per tutte le aree

- Controllo a campione della presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi

Area Incarichi e nomine

- Controllo dell'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni di non incompatibilità e inconferibilità prima dell'affidamento incarico ai responsabili dei servizi.

I dati relativi ai risultati del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste nel PTPCT costituiscono il presupposto del PTPCT successivo⁽¹⁶⁾.

Fanno parte integrante del presente Piano:

- Tavola allegato 1 – Catalogo dei processi
- Tavola allegato 2 – Descrizione dettagliata dei processi
- Tavola allegato 3 – Registro degli eventi rischiosi
- Tavola allegato 4 – Misurazione del livello di esposizione al rischio
- Tavola allegato 5 – Misure preventive
- Tavola allegato 6 – Elenco degli obblighi di pubblicazione

¹⁵ PNA 2022 pag. 45

¹⁶ PNA 2019 All. 1 pag. 49

2. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

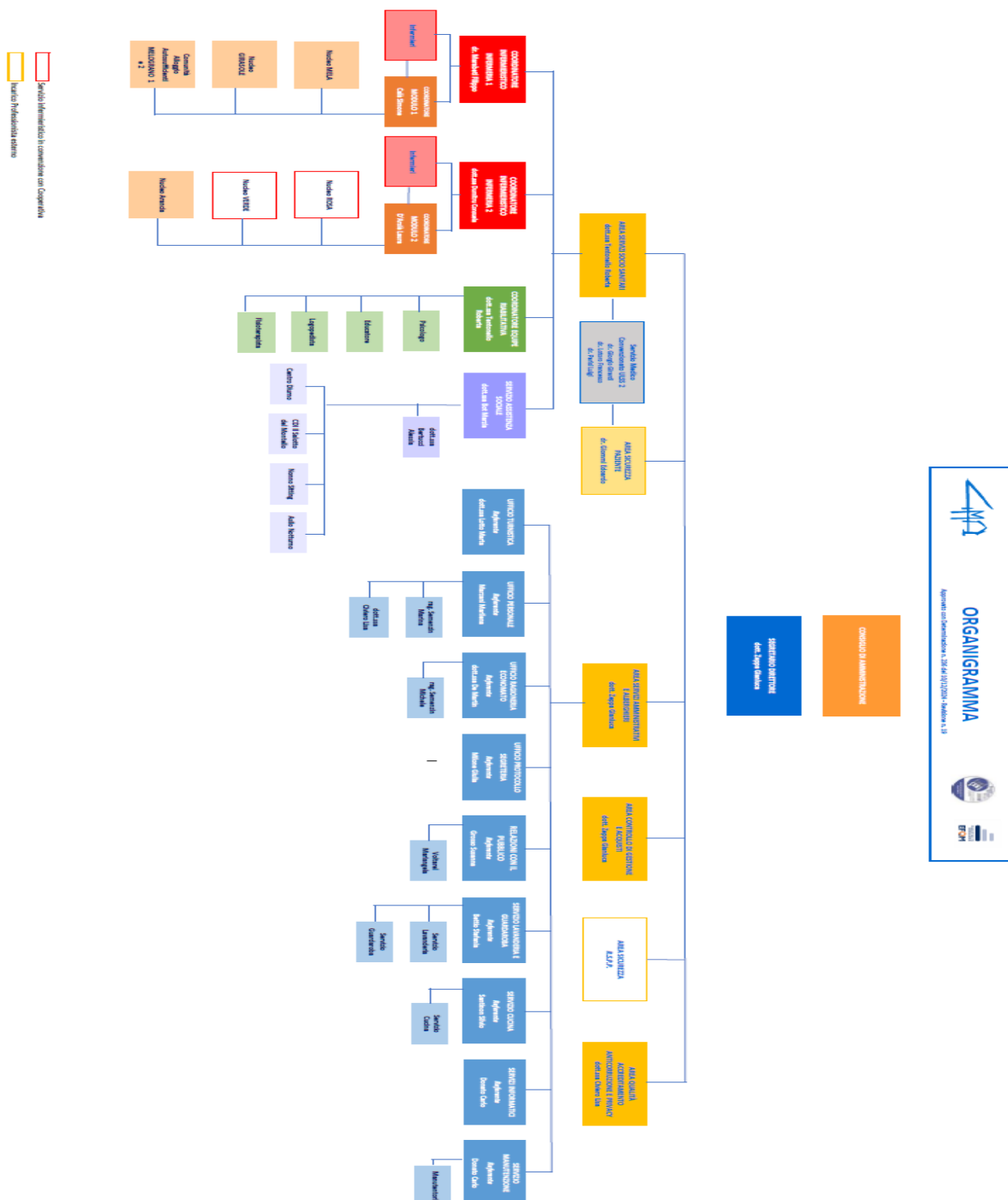
La struttura organizzativa del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. è costituita da due organi:

- il Consiglio di Amministrazione a cui spetta la funzione di indirizzo e controllo politico ed è composto da cinque membri tra cui il Presidente che detiene la rappresentanza legale dell'Ente.

L'attuale Consiglio di Amministrazione si è insediato in data 12/01/2023.

- Il Segretario Direttore a cui spetta la gestione amministrativa, tecnica e finanziaria dell'Ente.

Si riporta l'Organigramma generale del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B.



2.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'art. 14, comma 1, della Legge n. 124 del 07/08/2015, come modificato dal D.L. n. 34 del 19/05/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77 del 17/07/2020, prevede l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.). In caso di mancata adozione del P.O.L.A., il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

Successivamente, il nuovo C.C.N.L. Funzioni Locali del 16/11/2022 ha introdotto al Titolo VI "Lavoro a distanza", la disciplina del lavoro agile e da remoto.

La tipologia di Ente come il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. che fornisce assistenza diretta ad anziani autosufficienti e non autosufficienti e che, quindi, deve garantire la continuità dei servizi alla persona, non consente uno sviluppo dell'organizzazione del lavoro agile strutturato e diffuso, se non per le sole figure professionali amministrative, le quali hanno comunque importanti funzioni di front office con l'utenza, i fornitori e il personale, esercitabili esclusivamente presso il luogo di lavoro.

L'Ente si è comunque strutturato per attivare utenze informatiche collegabili da remoto al server aziendale, da attivare in caso di necessità e per consentire la continuità dei servizi amministrativi/sociali e conciliare eventuali emergenze.

Il ricorso all'istituto del lavoro agile, che ha natura consensuale e volontaria, è consentito:

- esclusivamente al personale amministrativo poiché per la tipicità del servizio erogato dal Centro di servizi risulta incompatibile con qualsivoglia altro servizio;
- qualora ricorrano le seguenti condizioni minime:
 - è possibile svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
 - è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - deve risultare possibile monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
 - deve essere nella disponibilità del dipendente, o in alternativa fornita dall'Amministrazione (nei limiti della disponibilità), la strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
 - non deve essere pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti ad ospiti, familiari, fornitori ed altri Enti pubblici che deve avvenire con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

2.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2025/2027 definisce la programmazione dei fabbisogni di personale.

Il PTFP è da considerarsi strumento strategico per l'individuazione delle esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi agli Ospiti ed ai loro familiari.

La dotazione organica della Guizzo Marseille I.P.A.B. rispetta i presupposti previsti dagli standard regionali definiti con L.R. n. 22 del 16/08/2002, con D.G.R.V. n. 1720 del 30/12/2022 e con D.G.R.V. n. 465 del 02/05/2024.

Si evidenzia come alle I.P.A.B. vengano concesse le seguenti deroghe:

- per effetto dell'art. 4 comma 12 bis del D.L. 66/2014, le limitazioni assunzionali valide per gli Enti Locali non sono applicabili, fermo restando l'obbligo di mantenere un livello di costi coerente con la qualità dei servizi erogati. Detta norma trova la sua *ratio* nel consentire a questa tipologia di Enti, i cui ricavi sono determinati da entrate derivanti dalla vendita di servizi perlopiù di tipo socio-assistenziali, di poter rispettare i livelli di standard previsti dalle norme regionali di settore;
- l'obbligatorietà di rilevazione e trasmissione del Conto Annuale delle spese sostenute per il personale, previsto dall'art. 60 del D.lgs. n. 165 del 30/03/2001, non è applicabile così come precisato a pag. 74 della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 19 del 27 aprile 2017.

Rimangono invece in vigore anche per dette Istituzioni tutti gli obblighi in materia di trasparenza dettati dal D.lgs. n. 33 del 14/03/2013 e della preventiva informazione sindacale previsti dall'art. 6 comma 1 del D.lgs. n. 165 del 30/03/2001.

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

Il personale in servizio alla data del 31/12/2024 è pari a 96 unità così suddivise:

Area	Contratto a tempo indeterminato	Contratto a tempo determinato	Tempo pieno	Part-time	Totale dipendenti	Totale unità equivalenti
Socio Sanitaria						
Responsabile Servizi socio sanitari	1		1		1	1,00
Coordinatore infermieristico	2		2		2	2,00
Coordinatore di modulo	2		2		2	2,00
Infermiere	6		4	2	6	5,67
Operatore socio sanitario	47		42	5	47	45,56
Assistente Sociale	1		1		1	1,00
Psicologo	1		1		1	1,00
Educatore	1		1		1	1,00
Fisioterapista	3		2	1	3	2,67
TOTALE AREA SOCIO SANITARIA	64		56	8	64	61,90
Servizi generali						
Ausiliari di assistenza	4	4	8		8	8,00
Personale cucina	4		4		4	4,00
Personale lavanderia e guardaroba	5		2	3	5	4,00
Manutentori	3		2	1	3	2,56
TOTALE AREA SERVIZI GENERALI	16	4	16	4	20	18,56
Amministrativa						
Segretario Direttore	1		1		1	1,00
Istruttore direttivo	2		2		2	2,00
Istruttore amministrativo	3		2	1	3	2,50
Collaboratore amministrativo	3	1	3	1	4	3,50
Istruttore amministrativo – I.C.T. e Responsabile manutenzioni	1		1		1	1,00
Esecutore amministrativo	1			1	1	0,69
TOTALE AREA AMMINISTRATIVA	11	1	9	3	12	10,69
TOTALE DIPENDENTI	91	5	81	15	96	91,15

Si dà atto che l'Ente, ai sensi dell'art. 33 comma 2 del D.lgs. 165/2001, ha effettuato la ricognizione delle eventuali eccedenze di personale con esito negativo.

Si attesta che:

- ai sensi dell'art. 4 - comma 11 - del C.C.N.L. del 28/07/2000, le unità a tempo parziale rispettano le normative vigenti;
- ai sensi dell'art. 60 – comma 4 – del C.C.N.L. del 28/07/2000 le unità a tempo determinato rispettano le normative vigenti.

Programmazione strategica delle risorse umane

Al fine della programmazione delle risorse umane, il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. è tenuto al rispetto degli standard di servizio previsti dalla Deliberazione della Giunta Regione Veneto n. 1720 del 30/12/2022 "Aggiornamento dei requisiti funzionali della D.G.R.V. n. 84 del 16 gennaio 2007 relativi alle Unità di Offerta dei centri di servizi

residenziali per anziani non autosufficienti in applicazione della D.G.R.V. n. 996 del 9 agosto 2022” e, successivamente, aggiornati dalla Deliberazione della Giunta Regione Veneto n. 465 del 02/05/2024.

Il fabbisogno di personale viene calcolato secondo la previsione della percentuale di occupazione dei posti letto prevista per l’anno in corso. La stessa previsione è espressa in maniera analitica nella “Relazione del Presidente del Consiglio di Amministrazione”, documento allegato al Bilancio economico annuale e triennale di Previsione – Atti di programmazione 2025/2027.

Per quanto concerne la programmazione per il triennio 2025/2027, allo stato attuale la programmazione dei fabbisogni è necessariamente legata alla copertura del turn over dei posti che si rendono vacanti a seguito di cessazioni per dimissioni volontarie, collocamento a riposo, o per mobilità per le singole professionalità. Variazioni degli organici potranno avvenire in ragione di modifiche delle norme regionali in materia di servizi socio sanitari, dai Contratti di servizio stipulati con la committenza, dell’andamento del case mix, o in ragione dell’eventuale avvio di nuovi servizi e attività.

Cessazioni

Ad inizio 2025, ci sono verificate le seguenti dimissioni:

Area	Profilo	Data fine servizio
Operatori	Operatore Socio Sanitario	12/01/2025
Operatori	Operatore Socio Sanitario	15/01/2025

Cessazioni per collocamento in quiescenza

Nel corso del triennio 2025/2027, per il momento, è prevista la cessazione per collocamento in quiescenza solamente di 1 dipendente. L’Ufficio Personale dell’Ente ha, comunque, avviato un monitoraggio su 3 dipendenti che potrebbero maturare il diritto di collocamento a riposo a partire dal 2026.

anno 2025: nessuna cessazione prevista/prevedibile.;

anno 2026: numero di cessazioni per collocamento in quiescenza 1;

anno 2027: nessuna cessazione prevista/prevedibile.

Assunzioni previste per l’anno 2025

Nel corso del 2025, tenuto conto anche delle cessazioni già intervenute e di quelle previste/prevedibili e delle assunzioni già effettuate (nei primi mesi dell’anno corrente), in base agli atti programmatori previgenti, si ritiene di procedere come segue:

- sostituzione del personale dimesso a vario titolo, per garantire gli standard, con reclutamento di personale a tempo indeterminato attraverso l'espletamento di procedura concorsuale pubblica (bandi di mobilità, esperimento di procedura concorsuale pubblica);
- se ritenuto necessario per garantire il rispetto degli standard assistenziali e la qualità dei servizi, la sostituzione delle assenze del personale a vario titolo (per la sostituzione di personale in ferie per recupero ferie arretrate, malattie, maternità ed altre assenze) o la copertura temporanea di posti vacanti nelle more di svolgimento delle procedure concorsuali, potrà avvenire mediante reclutamento di personale a tempo determinato dallo scorrimento di graduatorie esistenti, dall’indizione di selezioni pubbliche per incarichi a tempo determinato, o mediante la stipula di contratti per la prestazione di lavoro occasionale.

Verificato il fabbisogno di personale per il 2025 per la copertura dei posti si ritiene di procedere come segue:

- assunzioni a tempo indeterminato

Area	Profilo	Modalità di reclutamento	Numero di posti
Operatore Esperto	Esecutore Addetto alla Cucina	Espletamento di procedura concorsuale pubblica per l’assunzione a tempo pieno e indeterminato	1

- assunzioni a tempo determinato

Area	Profilo	Modalità di reclutamento	Numero di posti
Operatore esperto	Operatore Socio Sanitario	Espletamento di selezione pubblica per l'assunzione a tempo pieno e determinato	2
Operatore	Ausiliario di Lavanderia	Espletamento di selezione pubblica mediante richiesta di avviamento dal Centro per l'Impiego	1
Funzionario ed Elevata Qualificazione	Educatore	Espletamento di selezione pubblica per l'assunzione a tempo pieno e determinato	1

Si provvederà a disporre l'immediata copertura dei posti che dovessero rendersi vacanti con unità di pari categoria e profilo del personale che cesserà per quiescenza o dimissione a supporto dell'area interessata.

Si assicurerà, inoltre, il mantenimento del livello quantitativo di ore previste di assistenza sulla base dei nuovi standard regionali di cui alla D.G.R. Regione del Veneto n. 1720 del 30/12/2022 e, successivamente, aggiornati dalla Deliberazione della Giunta Regione Veneto n. 465 del 02/05/2024, provvedendo con adeguato reperimento di personale.

Progressioni verticali di carriera

Come previsto nel P.I.A.O. 2024/2026, nel corso del 2024, successivamente al confronto con le OO.SS, sono stati approvati due nuovi regolamenti sulla disciplina delle progressioni verticali:

- quelle in attuazione dell'art. 52, comma 1, del D.lgs. 165/2001 dell'art. 15 del C.C.N.L del 16/11/2022, con Delibera del C.d.a. dell'Ente n. 9 del 02/07/2024;
- quelle nel periodo transitorio ai sensi dell'art. 13 – comma 6,7 e 8 - del C.C.N.L del 16/11/2022, con Delibera del C.d.a. dell'Ente n. 10 del 02/07/2024.

Le modalità di queste progressioni verticali sono state definite a dicembre 2024 e si concluderanno nel corso del 2025 come indicato nella tabella.

Progressione verticale	Mese
per passaggio da ex categoria C ad Area dei Funzionari di nr. 1 Fisioterapista	gennaio 2025
per passaggio da ex categoria B ad Area degli Istruttori di nr. 1 Istruttore informatico e responsabile servizio manutenzione	gennaio 2025
per passaggio da ex categoria C ad Area dei Funzionari di nr. 3 Infermieri	marzo/aprile 2025
per passaggio da ex categoria C ad Area dei Funzionari di nr. 1 Fisioterapista	giugno 2025
per passaggio da ex categoria B ad Area degli Istruttori di nr. 1 Istruttore servizi amministrativi	settembre 2025

Esteralizzazioni

L'Ente ha effettuato la scelta di affidare, dal 07/01/2025, la gestione del servizio infermieristico, diurno e notturno, dei nuclei Rosa e Verde, situati al secondo piano della struttura.

Ad oggi, sono, inoltre, esternalizzati i seguenti settori di attività:

- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- lavaggio stoviglie.

Procedure di stabilizzazione

Il D.L. n. 202 del 27 dicembre 2024 Decreto Milleproroghe ha previsto anche per l'anno 2025 la possibilità per le pubbliche amministrazioni di procedere alla stabilizzazione di personale assunto a tempo determinato e in servizio da 36 mesi. L'Ente si riserva di avvalersi di tale possibilità.

Ricorso, in caso di necessità urgente, a lavoratori in libera professione

Come negli ultimi due anni, per coprire celermente le eventuali carenze di personale infermieristico e di operatori socio assistenziali che dovessero verificarsi, si prevede il ricorso alla stipula di contratti con liberi professionisti che andranno ad interrompersi una volta concluse con esiti positivi le procedure concorsuali bandite nel corso dell'anno.

Monitoraggio dei contratti in essere del personale assunto con contratto a tempo determinato

Soprattutto in questi ultimi anni l'assunzione di personale a tempo determinato rappresenta un importante elemento di flessibilità per le entrate di bilancio. La situazione di questi contratti sarà costantemente monitorata sia per rispettare il dettato normativo in merito al tetto massimo di personale assunto a termine sia perché, nel caso in cui non si dovesse

pervenire ad una adeguata copertura di posti letto, si procederà alla chiusura dei contratti in essere alla relativa scadenza.

Si confermano, infine, le considerazioni finali previste nel PTFP del 2022/2024 e del 2023/2025, circa il completamento dell'iter iniziato nel 2022.

Tutte le figure sopra previste trovano necessaria copertura sul Bilancio di Previsione dell'anno di riferimento (anche mediante opportune variazioni di bilancio).

Programma Triennale del reclutamento 2025/2027 – Previsione anni 2026 e 2027

Per gli anni 2026 e 2027, si provvederà a disporre l'immediata copertura dei posti che dovessero rendersi vacanti con unità di pari categoria e profilo del personale che cesserà per quiescenza o dimissione a supporto dell'area interessata.

Si assicurerà, infine, il mantenimento del livello quantitativo di ore previste di assistenza sulla base dei nuovi standard regionali di cui alla D.G.R. Regione del Veneto n. 1720 del 30/12/2022 e, successivamente, aggiornati dalla Deliberazione della Giunta Regione Veneto n. 465 del 02/05/2024, provvedendo un adeguato reperimento di personale

2.4. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione è ritenuta determinante per il perseguimento delle finalità previste dall'art. 1 – comma 1 – del D. Lgs. 165/2001 ovvero l'accrescimento dell'efficienza delle Amministrazioni, la razionalizzazione del costo del lavoro pubblico e la realizzazione della migliore utilizzazione delle risorse umane. Il Presente Piano ottempera alle indicazioni normative e contrattuali in materia di formazione che evidenziano l'obbligatorietà della formazione continua di tutto il personale dell'Ente.

Per la creazione di valore pubblico, il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. annualmente programma la formazione del personale attraverso una strategia di cambiamento diretta a conseguire una maggiore qualità ed efficacia della propria attività amministrativa e assistenziale.

Nel 2024 il piano formativo è stato portato a termine con l'attuazione di eventi formativi nei seguenti ambiti:

- Aggiornamenti in materia di sicurezza, corso per i preposti e piano di emergenza;
- Movimentazione manuale dei carichi effettuata dal personale fisioterapista per gli operatori e gli ausiliari;
- Il dolore nell'anziano e protocollo della gestione del dolore tenuto da consulente esterno e da personale interno. Corso rivolto ad operatori, ausiliari e infermieri;
- Corso sulla comunicazione tenuto dalla psicologa interna e rivolto agli infermieri;
- Formazione sul protocollo gestione dei decessi rivolto agli infermieri tenuto da personale interno;
- Formazione sul protocollo di gestione dell'alvo rivolto agli operatori e agli infermieri e tenuto da personale interno;
- Formazione sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori, agli infermieri e ai professionisti;
- L'idratazione per gli anziani. Corso tenuto dal medico e dal logopedista e rivolto agli ausiliari, agli operatori e agli infermieri;
- Aggiornamento sull'utilizzo della cartella socio sanitaria informatizzata in particolare sull'uso generale, sulle contenzioni, sul PAI e sulla pianificazione delle attività rivolto a tutto il personale in base alle specifiche competenze e tenuto da consulente Advenias;
- Formazione sul fine vita e cure palliative condotto da personale dell'Azienda Ulss 2 e rivolto a medici, infermieri e operatori;
- Corsi organizzati dall'Azienda Ulss 2 per gli infermieri e i medici sulle ICA (infezioni correlate all'assistenza), sulle lesioni da decubito e sulle cure palliative a cui hanno partecipato gli infermieri, i coordinatori infermieristici e di nucleo;
- Corsi specifici per il personale amministrativo tra i quali aggiornamenti per i RUP.

Il Piano della Formazione necessita di una fase preliminare di analisi dei bisogni formativi da compiere prestando attenzione contemporaneamente alle esigenze dei dipendenti e a quelle dell'organizzazione. In questa circostanza è particolarmente importante il coinvolgimento di tutte le parti interessate. Questo poiché la partecipazione attiva e la motivazione di tutti i dipendenti sono presupposto indispensabile per cambiare i valori e le culture di riferimento così

come per aumentare le competenze tecnico-specialistiche necessarie a qualificare il servizio offerto ai nostri ospiti. La rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi sono state effettuate a gennaio 2025, sottoponendo a tutti i dipendenti un questionario di raccolta del fabbisogno formativo.



La programmazione della formazione annuale del personale avviene dopo aver analizzato i questionari sulle proposte e bisogni formativi che vengono consegnati ogni anno a tutti i dipendenti.

Il Piano formativo 2025/2026 viene redatto tenendo conto dei seguenti fattori:

- progettualità in corso in ambito socio sanitario parte sostanziale del Piano della Performance 2025/2027 in fase di attuazione;
- bisogni espressi dal personale, rilevati con la somministrazione del questionario per la rilevazione dei fabbisogni formativi;
- fabbisogni rilevati dal Responsabile dei Servizi di Prevenzione e Protezione;
- fabbisogni formativi derivanti dall'adeguamento alle norme vigenti;
- quantificazione del budget destinato alle attività formative.

- Nel Piano della Performance 2025/2027 viene previsto di dare continuità all'obiettivo di revisione dei protocolli e in particolare a quello relativo alla gestione delle contenzioni e della regolamentazione del servizio di volontariato. Inoltre viene previsto l'obiettivo di integrazione con il territorio e con l'associazionismo locale per la realizzazione di un evento e la formazione di un gruppo di volontari per il supporto nella gestione di attività di animazione e occupazionali.

Verranno costituiti dei gruppi di lavoro prevedendo il coinvolgimento di diverse figure professionali e la formazione specifica a tutto il personale per ogni protocollo aggiornato.

- I questionari di rilevazione dei fabbisogni formativi sono stati compilati da n. 42 dipendenti su un totale di 99 dipendenti pari al 42% del personale. Il 40% del personale si ritiene pienamente soddisfatto della formazione ricevuta nel 2024 indicando come tematiche che hanno suscitato maggior interesse:

- per il 22% del personale quella relativa alla Gestione del fine vita;
- per il 20% del personale quella sul Protocollo per la gestione del dolore;
- per il 10 % del personale quella sulla disfagia.

Per il corrente anno sono state individuate le seguenti tematiche per ogni specifica area e precisamente:

AMBITO ORGANIZZATIVO
- clima organizzativo e benessere di gruppo: stili di organizzazione del lavoro per il 54%; - gestione dello stress nell'ambiente di lavoro per il 39%;
Per queste tematiche viene prevista per il 2025 una formazione/supervisione con consulente esterno psicologo del lavoro con incontri mensili per il personale dell'area socio sanitaria interna.
Per il 2026 si prevedono incontri di supervisione a cadenza mensile tenuti da personale interno.

AMBITO COMPETENZE TECNICHE
• per il 45% le competenze sono quelle legate al ruolo sia in ambito amministrativo che in ambito socio sanitario; • per il 25% competenze informatiche di base; • per il 25% competenze informatiche avanzate; Vengono pianificate formazioni specifiche relative al ruolo per il personale amministrativo. Per quanto attiene le competenze informatiche si prevede un addestramento interno per il personale che ne abbisogna organizzato dai coordinatori.

AMBITO SOCIO SANITARIO
• il 25% evidenzia l'argomento della gestione dei disturbi comportamentali dell'ospite. Questa formazione in continuazione con il piano formativo del 2024 verrà effettuata in parte negli incontri di supervisione con l'analisi di casi problematici; • il 21% individua la tematica della prevenzione delle lesioni da pressione. Argomento che verrà trattato in appositi incontri chiedendo la collaborazione dell'Azienda ULSS 2; • il 19% individua la gestione delle contenzioni. Questo tema verrà trattato dal gruppo di lavoro individuato per l'elaborazione del relativo protocollo che sarà poi oggetto di formazione per tutto il personale;

AMBITO DEI SERVIZI GENERALI
• il 38% individua la tematica Menù e gestione delle consistenze alimentari per le diverse tipologie di ospiti. Questo tema sarà oggetto di incontri di formazione rivolti a infermieri, operatori socio sanitari, ausiliari e addetti del servizio ristorazione che si terranno nel primo semestre 2025 a cura del logopedista con la consulenza del dietista dell'Ente; • il 28% indica la movimentazione manuale dei carichi. Per questo argomento verranno previsti incontri di formazione teorico- pratica rivolti a tutto il personale che saranno tenuti dal personale fisioterapista dell'Ente in collaborazione con i medici della struttura; • il 19% indica la movimentazione manuale dei carichi. Per questo argomento verranno previsti incontri di formazione teorico- pratica rivolti a tutto il personale che saranno tenuti dal personale fisioterapista dell'Ente;

c) In materia di sicurezza dei luoghi di lavoro in base al d. lgs. 81/2008 il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ha prodotto una nota in cui rileva che nel biennio 2025 – 2026 è necessario programmare i seguenti corsi di formazione:

- Aggiornamento in materia di primo soccorso per circa n. 55 persone;
- Corso per preposti sicurezza per circa n. 7 persone;
- Corso di formazione sicurezza generale per circa n. 13 persone
- Corso di formazione specifica rischio basso per circa n. 11 persone.

d) Nel secondo semestre 2025 verrà effettuato il corso di aggiornamento in materia di prevenzione della corruzione, in materia di trasparenza e di privacy prevedendo un livello generale per tutto il personale e uno specifico per il personale amministrativo.

Inoltre viene previsto l'aggiornamento per tutto il personale per quanto attiene il codice di comportamento e in materia di digitalizzazione dell'Ente.

Per quanto attiene i volontari, nonché il personale tirocinante, stagista ed eventuali lavoratori socialmente utili, oltre alla formazione prevista al punto c), è stato pianificato un incontro formativo nel primo semestre 2025 tenuto dai professionisti dell'Ente per approfondire alcuni aspetti relativi alla conoscenza delle tipologie di ospiti, delle esigenze socio educative e riabilitative.

Per quanto riguarda la misurazione della qualità percepita da familiari e da ospiti in seguito alla somministrazione dei questionari che verrà effettuata nel primo semestre 2025, si prevede un evento annuale di presentazione a tutto il personale dei dati che la società Seniornet elaborerà per l'Ente relativamente all'indagine di rilevazione della soddisfazione dei familiari come effettuato per la restituzione dei risultati del 2024. Questo come primo step per la conoscenza e la diffusione degli strumenti di misurazione della qualità.

e) Viene assegnato un budget per la gestione dei fabbisogni formativi su indicati pari a Euro 3.600,00 per il 2025.

Nel 2025 si avrà maggiore cura di organizzare eventi formativi con riconoscimento degli ECM per le figure professionali sanitarie e si stimolerà ulteriormente il personale ad acquisire i crediti formativi previsti dalla normativa.

PIANO FORMAZIONE 2025			
TEMATICA	DESTINATARI	OBIETTIVI	TIPOLOGIA
AGGIORNAMENTO su nuovi o revisionati protocolli/procedure di lavoro in ambito socio sanitario: Protocollo gestione fine vita Protocollo gestione delle contenzioni Protocollo servizio di volontariato	Tutte le figure professionali che operano nei nuclei	Garantire l'addestramento e la formazione al personale dell'area socio sanitaria prima dell'applicazione di protocolli e procedure nuove o revisionate	Corso residenziale condotto in parte da docenti esterni e in parte da personale interno medici, coordinatore infermieristico e coordinatori di nucleo Formazione in aula e sul campo N. 2 incontri per ogni protocollo o procedura di circa 2 ore ciascuno. Questionario di gradimento e di apprendimento.
Clima organizzativo e gestione dello stress	OSS, infermieri, educatore, fisioterapisti, psicologa, logopedista e assistente sociale	Favorire e strutturare momenti di confronto all'interno delle equipe di lavoro dei nuclei sulle problematiche relative all'organizzazione del lavoro e sulle relazioni che provocano stress. Fornire strumenti di supporto per la gestione del benessere lavorativo,	Percorso formativo che si attiva da marzo a dicembre con incontri mensili di 2,5 ore per tre gruppi di confronto. Gli incontri sono tenuti da una consulente del lavoro psicologa esterna.
La gestione dei disturbi comportamentali dell'ospite	Per il personale operante all'interno dei nuclei	Acquisire strumenti e tecniche operative e relazionali per la gestione degli ospiti che manifestano disturbi comportamentali.	Formazione teorico- pratica effettuata da personale interno psicologa e altre figure professionali. Previste n. 2 ore in due edizioni. Questionario di gradimento.
Corso per preposti sicurezza	Per il personale che necessita della formazione	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i	Corsi organizzati dall'RSPP per la durata prevista dalla formazione specifica o dagli aggiornamenti
Formazione generale sulla sicurezza	Per il personale che necessita della formazione	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i	Corsi organizzati dall'RSPP per la durata prevista dalla formazione specifica o dagli aggiornamenti
Formazione specifica sulla sicurezza – Rischio basso	Per il personale che necessita della formazione	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i	Corsi organizzati dall'RSPP per la durata prevista dalla formazione specifica o dagli aggiornamenti
Aggiornamento in materia di primo soccorso	Per il personale che necessita dell'aggiornamento	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i	Corsi organizzati con il medico competente per la durata prevista dagli aggiornamenti
Formazione sulla movimentazione manuale dei carichi	Per il personale dell'area socio sanitaria e per il personale dell'area servizi generali	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i e dal DVR dell'Ente. Fornire al personale strumenti pratici per mantenere stili di vita salubri e un benessere psico fisico nella propria vita.	Corsi teorico pratici organizzati dal personale fisioterapista e da un medico dell'Ente della durata di circa 2 ore ad incontro per piccoli gruppi di personale. Previsti n. 6 incontri.
La misurazione della qualità percepita da familiari e ospiti	Per tutto il personale operante nei nuclei	Garantire una conoscenza a tutto il personale delle modalità di rilevazione della qualità percepita da ospiti e familiari e degli indicatori di risultato su cui	Incontro annuale per ogni equipe di nucleo tenuto da personale interno nel secondo semestre.

		lavorare per il miglioramento dei servizi.	
Valutazione deglutizione nuovi ingressi	Per gli infermieri	Fornire tecniche e metodologie per la valutazione della deglutizione dei nuovi ingressi in assenza del logopedista.	Corso tenuto dal logopedista interno della durata di 2 ore circa.
Gestione menù e consistenze alimentari	Per coordinatori, infermieri, operatori socio sanitari, ausiliarie addetti servizio ristorazione	Fornire una conoscenza sulle diverse consistenze alimentari, sulle diverse tipologie di pietanze e sulla corretta porzionatura-	Corsi da realizzarsi nel primo semestre tenuti dal logopedista in più edizioni e della durata di 2 ore circa.
Procedura igiene ospite	Per il personale oss	Fornire aggiornamenti relativi alla procedura di effettuazione dell'igiene dell'ospite e dell'utilizzo dei prodotti per l'incontinenza	Corso della durata di 2 ore circa che verrà ripetuto in più edizioni e sarà condotto da personale infermiere consulente esterno.
Formazione specifica in materia di anticorruzione trasparenza e privacy	Per tutto il personale distinguendo due livelli: uno specifico per il personale amministrativo e un aggiornamento generale per il resto del personale	Fornire gli aggiornamenti normativi e procedurali in materia in base alle specifiche professionalità.	Incontri con esperti esterni di circa 2/3 ore nel secondo semestre.
Formazione relativa al ruolo	Per il personale amministrativo e per il personale di coordinamento	Garantire gli aggiornamenti professionali specifici per ogni ruolo	Corsi organizzati esternamente in base agli sviluppi normativi e alle esigenze specifiche espresse, preferibilmente in versione webinar.

Cronoprogramma dell'attività formativa anno 2025												
Mesi	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
Percorsi formativi												
AGGIORNAMENTO su nuovi o revisionati protocolli/procedure di lavoro in ambito socio sanitario												
Clima organizzativo e gestione dello stress												
La gestione dei disturbi comportamentali dell'ospite												
Corso per preposti sicurezza												
Formazione generale sulla sicurezza												
Formazione specifica sulla sicurezza – Rischio basso												
Aggiornamento in materia di primo soccorso												
Formazione sulla movimentazione manuale dei carichi												
La misurazione della qualità percepita da familiari e ospiti												
Valutazione deglutizione nuovi ingressi												
Gestione menù e consistenze alimentari												
Procedura di igiene dell'ospite												
Formazione specifica in materia di anticorruzione trasparenza e privacy												
Formazione relativa al ruolo												

Scheda di Budget per attività di formazione 2025		
Percorsi Formativi	Previsione di budget	Note
AGGIORNAMENTO su nuovi o revisionati protocolli/procedure di lavoro in ambito socio sanitario	400,00	Docenti esterni ed interni
Clima organizzativo e gestione dello stress	00,00	Docente esterno
La gestione dei disturbi comportamentali dell'ospite	00,00	Docente interno
Corso per preposti sicurezza	800,00	RSPP
Formazione generale sulla sicurezza	400,00	RSPP
Formazione specifica sulla sicurezza – Rischio basso	400,00	RSPP
Aggiornamento in materia di primo soccorso	500,00	Medico competente
Formazione sulla movimentazione manuale dei carichi	00,00	Docenti interni
La misurazione della qualità percepita da familiari e ospiti	00,00	Docente interno
Procedura di igiene dell'ospite	00,00	Docente esterno
Valutazione deglutizione nuovi ingressi	00,00	Docente interno
Formazione specifica in materia di anticorruzione trasparenza e privacy	500,00	Docente esterno
Formazione relativa al ruolo	600,00	Docente esterno
TOTALE	3.600,00	

PIANO FORMAZIONE 2026

Il Piano della formazione per il 2026 viene pianificato tenendo conto delle tematiche che verranno trattate nel 2025 e che si sviluppano per la complessità degli argomenti in più anni.

Nello specifico, si prevede di introdurre nuovi protocolli che richiederanno adeguata formazione. Inoltre si prevede di individuare tematiche da approfondire in seguito agli incontri di confronto e di supervisione sullo stress lavoro correlato.

Altre tematiche verranno introdotte in base agli obiettivi e ai fabbisogni formativi che emergeranno nel corso del corrente anno.

TEMATICA	DESTINATARI	OBIETTIVI	TIPOLOGIA
AGGIORNAMENTO su nuovi o revisionati protocolli/procedure di lavoro in ambito socio sanitario	Tutte le figure professionali che operano nei nuclei	Garantire l'addestramento e la formazione al personale dell'area socio sanitaria prima dell'applicazione di protocolli e procedure nuove o revisionate	Corso residenziale condotto in parte da docenti esterni e in parte da personale interno medici, coordinatore infermieristico e coordinatori di nucleo Formazione in aula e sul campo N. 2 incontri per ogni protocollo o procedura di circa 2 ore ciascuno per la parte teorica e di 1 ora ciascuna per la parte pratica operativa. Questionario di gradimento e di apprendimento.
Approfondimento tematiche emergenti dall'analisi degli incontri sullo stress lavoro correlato	Tutte le figure professionali che operano nei nuclei	Garantire incontri formativi su alcune tematiche rilevanti emerse nel corso degli incontri di confronto attivati nel 2025	Incontri suddivisi per nuclei condotti da personale interno con cadenza bimensile e della durata di 2 ore circa.
Formazione specifica sulla sicurezza – Rischio alto	Per il personale che necessita della formazione	Garantire la formazione prevista dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i	Corsi organizzati dall'RSPP per la durata prevista dalla formazione specifica o dagli aggiornamenti

La misurazione della qualità percepita da familiari e ospiti	Per tutto il personale operante nei nuclei	Illustrare a tutto il personale i report annuali relativi alla somministrazione dei questionari di gradimento dei servizi a tutti i familiari degli ospiti	Incontro annuale per ogni equipe di nucleo tenuto da personale interno.
Formazione specifica in materia di anticorruzione trasparenza e privacy	Per tutto il personale distinguendo due livelli: uno specifico per il personale amministrativo e un aggiornamento generale per il resto del personale	Fornire gli aggiornamenti normativi e procedurali in materia in base alle specifiche professionalità.	Incontri con esperti esterni di circa 2/3 ore nel secondo semestre.
Formazione relativa al ruolo	Per il personale amministrativo e per il personale di coordinamento	Garantire gli aggiornamenti professionali specifici per ogni ruolo	Corsi organizzati esternamente in base agli sviluppi normativi e alle esigenze specifiche, preferibilmente in versione webinar.
Supervisioni alle equipe dei nuclei delle residenze	Personale operante nel nucleo	Analisi del clima di lavoro; analisi di problematiche relazionali e di gruppo; analisi di casi di ospiti.	Formazione residenziale condotta dalla psicologa interna. Formazione in aula con incontri bimensili di n. 2 ore per ogni equipe

2.5. AZIONI POSITIVE

L'art. 48 del D.lgs. dell'11 aprile 2006 *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"* dispone che le Pubbliche Amministrazioni predispongano un Piano Triennale di Azioni Positive mirato alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" all'interno di ciascuna amministrazione.

La pianificazione delle azioni positive rappresenta dunque un'opportunità per delineare un percorso concreto di azioni finalizzate al benessere organizzativo, alla realizzazione del principio di pari opportunità nella gestione delle risorse umane dell'Ente e al miglioramento delle politiche di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing o disagio organizzativo

Il personale dipendente, in servizio a tempo determinato e indeterminato, del Centro di servizi Guizzo Marseille, alla data del 01/01/2025, suddiviso per genere è il seguente:

Genere	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale
Femminile	71	5	76
Maschile	23	0	23
TOTALE	94	5	99

Gruppo	M	F	Totale	M%	F%
Personale assistenziale e sanitario	15	50	65	23,08	76,92
Personale ausiliario	5	15	20	25,00	75,00
Personale amministrativo	3	11	14	21,43	78,57
TOTALE	23	76	99	23,23	76,77

Il gruppo personale assistenziale-sanitario è composto dal personale a diretto contatto con gli ospiti (operatori socio sanitari, infermieri, coordinatori, fisioterapisti, logopedisti, educatori e psicologi).

Il gruppo personale ausiliario comprende il personale addetto alle attività generali e correlate all'erogazione del servizio principale (manutentori, cuochi, operatori del servizio di cucina, ausiliari addetti all'assistenza, operatori dei servizi generali ed esecutori dei servizi generali).

Il gruppo personale amministrativo comprende gli impiegati, l'assistente sociale, il personale con posizione organizzativa ed il Direttore.

Alla data del 01/01/2025, il personale di genere femminile rappresenta il 76,77% del personale dipendente del Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B..

Allo scopo di incrementare il valore pubblico generato, il Centro di servizi Guizzo Marseille programma e implementa azioni per:

- garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità;
- promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.

A tale scopo, per il triennio 2025/2027, il Piano delle azioni positive si pone i seguenti obiettivi:

Obiettivi	
Primo obiettivo	Formazione e aggiornamento
Secondo obiettivo	Conciliazione dei tempi di vita e lavoro
Terzo obiettivo	Garantire il rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale
Quarto obiettivo	Benessere organizzativo

Obiettivo	Azioni	
Formazione e aggiornamento professionale	Azione positiva	promozione della partecipazione del personale alle iniziative di formazione interna ed esterna. Si garantisce l'equa partecipazione ai corsi di formazione specifici per tutto il personale, non in funzione del genere, ma della concreta attività lavorativa svolta
	Azione positiva	nell'organizzazione dei corsi formativi, devono essere valutate le possibilità di articolazione in orari, sedi e quant'altro, in modo che siano accessibili anche a coloro che hanno obblighi di famiglia oppure orario di lavoro a part-time;
	Azione positiva	nell'organizzazione di corsi formativi e di aggiornamento in sede è data la possibilità di partecipare anche alle dipendenti in congedo di maternità, nel rispetto della vigente normativa in materia. La lavoratrice in congedo potrà liberamente partecipare senza obbligo;

Conciliazione dei tempi di vita e lavoro	Azione positiva	sostegno al reinserimento lavorativo delle giovani donne in maternità e con responsabilità di cura nei primi anni di vita del bambino; agevolazione al rientro al lavoro per le dipendenti e i dipendenti dopo periodi di assenza prolungata (almeno sei mesi), in aspettativa per congedi familiari maternità od altro. L'avanzamento dell'età nella pubblica amministrazione in genere, restringe il campo delle possibili maternità/paternità (che potrebbe porsi per la nuova assunzione prevista), aumentando, invece, nel contempo le assenze per problematiche familiari, soprattutto legate a genitori anziani e/o malattie, anche proprie
	Azione positiva	porre particolare attenzione al reinserimento lavorativo del personale assente per lungo tempo a vario titolo (ad es. congedo di maternità o di paternità, assenza prolungata dovuta ad esigenze familiari, malattia ecc.) realizzando speciali forme di graduale aggiornamento o di affiancamento al momento del rientro in servizio, per colmare le eventuali lacune sulle competenze relative alla posizione lavorativa.
	Azione positiva	migliorare l'efficienza organizzativa delle forme di flessibilità dell'orario già introdotte (es. part-time) e degli altri strumenti di conciliazione (congedi parentali, di cura e formativi); valorizzazione del part-time come strumento di flessibilità nell'organizzazione del lavoro, con particolare riguardo a quelle situazioni ove si presenta un problema di handicap. L'ente assicura tempestività e rispetto della normativa nella gestione delle richieste di part-time inoltrate dai dipendenti.
	Azione positiva	consentire l'utilizzo del part-time anche per periodi di breve durata (2-3 mesi) in relazione a particolari esigenze familiari di natura transitoria;
	Azione positiva	particolari necessità di tipo familiare o personale vengono valutate e risolte nel rispetto, oltre che della legge, di un equilibrio fra esigenze dell'Ente e le richieste dei dipendenti
	Azione positiva	sostenere il personale over 50 nell'affrontare al meglio le richieste lavorative nella fase avanzata della carriera. Come sopra evidenziato, l'aumento dell'età media del personale in servizio sta cambiando le priorità di tutela dei lavoratori, spostando l'attenzione dalle problematiche dell'età adulta (carriera, matrimoni, figli) alle problematiche dell'età più avanzata (malattie, assistenza ai genitori, pensionamento)

Garantire il rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale	Azione positiva	Esame preventivo sui bandi di selezione pubblica di personale, al fine di prevenire un eventuale impatto discriminatorio nell'accesso al lavoro. Ogni bando viene redatto assicurando le pari opportunità
	Azione positiva	prevedere nelle commissioni di concorso e selezione la presenza di almeno un terzo dei componenti di sesso femminile. Il caso di assenza di parità di genere deve essere adeguatamente motivato
	Azione positiva	non privilegiare nelle procedure di reclutamento il genere e in caso di parità di requisiti tra un candidato donna e uno uomo, l'eventuale scelta del candidato deve essere opportunamente giustificata

Benessere organizzativo	Azione positiva	assicurare un buon livello di benessere organizzativo a favore del personale attraverso costanti monitoraggi e la valutazione dello stress lavoro correlato utili a definire azioni di miglioramento
	Azione positiva	favorire l'ascolto per ogni forma di disagio, in modo che il dipendente possa liberamente rivolgersi a diversi soggetti: psicologo, assistente sociale, Responsabile dei servizi socio sanitari e Direzione
	Azione positiva	coordinare eventuali azioni per risolvere le situazioni di disagio segnalate anche mediante il supporto di specialisti facenti capo all'area sociale

3. MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio rappresenta un momento fondamentale per la valutazione dei risultati attesi in termini di performance e di impatti.

In particolare, per il raggiungimento della strategia, adottata dal Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B., rivolta a favorire la creazione del valore pubblico, il monitoraggio da parte della Direzione dell'Ente è realizzato attraverso:

Monitoraggio della soddisfazione degli stakeholder (familiari e ospiti)	vengono proposti diversi momenti di monitoraggio del gradimento relativo agli ospiti e ai loro familiari. Alla fine di ogni anno, viene proposto un questionario di indagine per la rilevazione della qualità percepita rispetto ai servizi erogati dal Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B.. I risultati vengono presentati alla Direzione e al Consiglio d'Amministrazione, trasmessi alle figure di coordinamento e responsabile dei servizi, per intraprendere le azioni di miglioramento o mantenimento del livello qualitativo raggiunto. Di tale monitoraggio viene informato anche il Comitato familiari.
Monitoraggio della performance	in coordinamento con quanto previsto dal vigente Regolamento sul sistema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance dell'Ente, sono previsti dei momenti di rendicontazione intermedia e finale sull'avanzamento degli obiettivi strategici e gestionali, eventuali interventi correttivi che consentano la ricalibrazione degli stessi al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'Amministrazione.
Monitoraggio della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza	il monitoraggio avviene secondo le indicazioni ANAC.
Monitoraggio della sottosezione Organizzazione e capitale umano	il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base annuale dalla Direzione dell'Ente.
Monitoraggio esterno	altri momenti di monitoraggio in riferimento al rispetto della mission e del valore pubblico da generare possono essere previsti da parte degli organi di vigilanza ed in particolar modo da parte dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana in virtù dell'accordo contrattuale con il Centro di servizi Guizzo Marseille I.P.A.B. ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 22 del 2002 – art. 17 comma 3 e di Azienda Zero per la verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.