

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’
E ORGANIZZAZIONE
(PIAO)**

2024 – 2026

(Amministrazioni con meno di 50 dipendenti)

PREMESSA

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Sottosezione di programmazione - Performance

Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

PREMESSA

Il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione) è stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 ed è un documento unico di programmazione e governance volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

L'iter del Piano è stato definitivamente completato da due recenti passaggi:

- la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (n. 209) dell'atteso decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022 n. 132 che va a definire, per gli Enti con meno di 50 dipendenti, lo schema (parte integrante del decreto), il contenuto e le modalità semplificate e entrato in vigore dal 22 settembre 2022;
- dalla Circolare n.2/2022 che ha fornito le indicazioni operative per la pubblicazione online del documento sul portale web PIAO chiedendo agli Enti di inserire anche il risparmio energetico nella Pubblica Amministrazione tra gli obiettivi della Sezione Valore pubblico, performance, anticorruzione.

L'articolo 1 del DPR n.81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022 individua i documenti assorbiti dal PIAO:

- Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP) e Piano delle azioni concrete (PAC);
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT);
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Piano di Azioni Positive (PAP).

La durata del Piano è triennale, ma sarà aggiornato annualmente e sarà presentato il 31 gennaio di ogni anno.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione: Casa Protetta “Dr. Gianni Perini”

Sede: Via San Lorenzo 41 – 29016 Cortemaggiore (PC)

Codice fiscale/P.IVA: 80004190338/00980550339

Presidente: Arch. Angelo Soliani

Coordinatore: Marzia Maffini

Sito web: <http://www.istitutoperini.it/>

E-mail: info@istitutoperini.it

PEC: casaprotettaperini@pec.it

Telefono: 0523/839001

Fax: 0523/839723

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONESottosezione di programmazione - Valore pubblico

In questa sottosezione, vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini.

Come recita lo Statuto, l’Istituzione, originariamente denominata “Ricovero dei vecchi inabili al lavoro” ed eretta in Ente Morale con RD 16 febbraio 1913, sorse a seguito delle volontà espresse dal Comm. Gen. Vincenzo Ferrari con testamento pubblicato in data 11 ottobre 1905 e delle iniziative assunte nell’anno successivo dalla Giunta municipale e dalla Congregazione di carità di Cortemaggiore.

Attiva dal 1909, l’Istituzione ha sede nei locali dell’ex Canonica ricevuti in donazione dal Comune e successivamente ampliati con un ulteriore locale concesso in comodato gratuito trentennale dalla Parrocchia di Santa Maria delle Grazie e San Lorenzo.

Con lo statuto approvato con decreto regionale n. 357 del 1 giugno 1986, l’Istituzione ha assunto l’attuale denominazione di “Casa protetta Dott. Gianni Perini” in memoria del medico condotto di Cortemaggiore, deceduto nel 1968.

L’Istituzione ha lo scopo di fornire ospitalità ed assistenza a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica e/o psichica per le quali non sia possibile la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale, tramite l’intervento degli altri servizi presenti nel territorio.

Il Consiglio di amministrazione è composto di cinque membri, nominati: quattro (incluso il Presidente) dal Comune di Cortemaggiore ed uno dal Parroco “pro tempore” della Parrocchia di Santa Maria delle Grazie e San Lorenzo di Cortemaggiore.

L’Istituto opera nel Distretto Sociale di Levante della Provincia di Piacenza, ed ospita complessivamente 38 ospiti, di cui 23 accreditati.

Il Valore Pubblico della CRA Perini si estrinseca nell’erogazione di un adeguato livello di attività socio assistenziali, sanitarie, riabilitative, tutelari ed alberghiere rivolte a persone non autosufficienti, anziane, fragili e/o disabili, che non possono più rimanere al loro domicilio.

Le azioni poste in essere dall’Ente sono rivolte al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- produzione di risultati ai "portatori di interesse" (ospiti, familiari, dipendenti, OOSS, Regione Emilia-Romagna, Distretto Sociale di Levante della Provincia di Piacenza, Azienda USL di Piacenza, Comune di Cortemaggiore);
- perseguire la qualità e il costante miglioramento dei servizi erogati e dell'organizzazione;
- intraprendere scelte gestionali e organizzative "sostenibili" nel perseguimento dell'efficienza, dell'efficacia e degli equilibri di bilancio;

Sottosezione di programmazione - Performance

Sezione non richiesta per le Amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

Nel presente documento viene illustrata e motivata la strategia di prevenzione e contrasto della Corruzione e dell'illegalità, nonché di promozione della Trasparenza adottata da I.P.A.B. CRA Perini.

Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione:

Organo di indirizzo politico-amministrativo e di controllo (CdA)	<ul style="list-style-type: none"> - nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza; - 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;
Responsabile della Prevenzione e della Corruzione	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione; - cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti; - in qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità, promuove l'applicazione del relativo programma.
Responsabile della Trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> - raccorda la propria attività con quella svolta dal Responsabile della prevenzione della corruzione.
Responsabili dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano al processo di gestione del rischio.
Il Nucleo di Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano al processo di gestione del rischio; - nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti, tengono conto dei rischi e delle azioni inerenti alla prevenzione della corruzione.

Dipendenti dell’Ente	- osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; - segnalano eventuali situazioni di illecito.
Collaboratori, a qualsiasi titolo	- osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; - segnalano eventuali situazioni di illecito.

Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza:

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

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

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

L’analisi del contesto esterno mira ad inquadrare le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio nel cui ambito l’Ente esplica le proprie funzioni. Ciò consente di comprendere le dinamiche relazionali che in esso si sviluppano e le influenze (o pressioni) a cui l’Ente può essere sottoposto da parte dei vari portatori di interessi operanti sul territorio. In tal modo è possibile elaborare una strategia di gestione del rischio calibrata su specifiche variabili ambientali e quindi potenzialmente più efficace.

L’analisi del contesto interno si sostanzia nella “mappatura dei processi”, ovvero nella ricerca e descrizione dei processi attuati all’interno dell’Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione.

La CRA Perini riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali nel perseguimento delle funzioni istituzionali e assicura il rispetto dei seguenti principi di condotta:

- Rispetto della legge
- Onestà e diligenza
- Equità ed uguaglianza
- Buona fede Imparzialità
- Trasparenza
- Centralità e tutela della persona
- Riservatezza
- Efficienza ed efficacia
- Semplificazione

Valutazione del rischio: l'identificazione del rischio e/o degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Ente, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Questa fase è cruciale, perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere anche tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

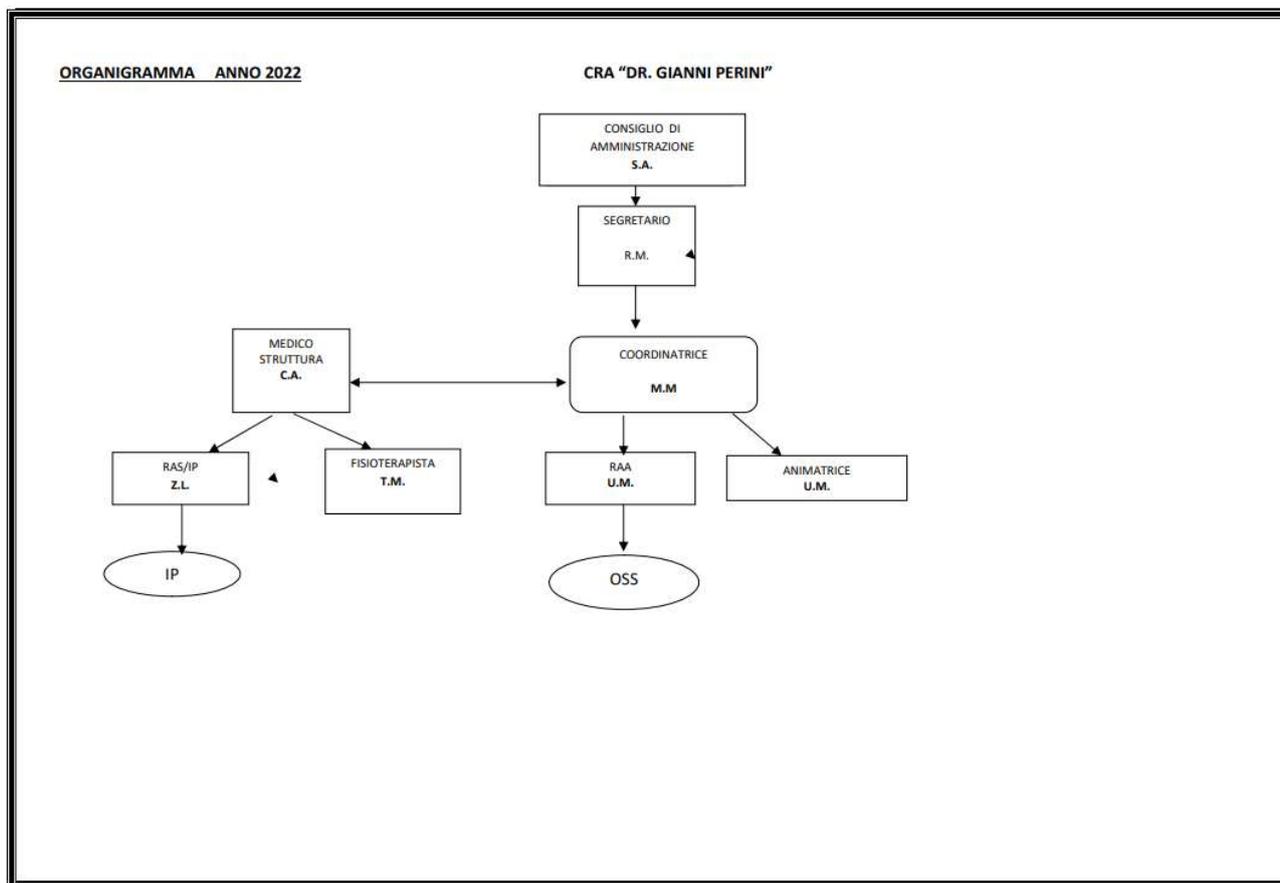
Trattamento del rischio: è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto.

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

- Adempimenti relativi alla Trasparenza,
- Codici di comportamento
- Informatizzazione dei processi
- Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti
- Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi
- Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertici
- Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti
- Whistleblowing
- Formazione
- Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione
- Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- Regolamenti e procedure

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANOSottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Organigramma



ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

Consiglio di Amministrazione: si occupa della gestione aziendale, definendo mission (lo scopo d’essere dell’azienda) e vision (i criteri per cui la mission viene perseguita).

- Presidente: esercita le funzioni a lui attribuite dalla legge e dallo Statuto dell’Ente. Ha la rappresentanza legale dell’Ente e cura i rapporti con gli altri istituti ed autorità. Convoca il Consiglio di Amministrazione, determinando ordine del giorno e sedute.
- Consiglieri: coordinati dal Presidente, determinano gli indirizzi dell’Ente, definendone programmi ed obiettivi da attuare e verificando la corrispondenza dei risultati.

AREA AMMINISTRATIVA

- **Segretario:** cura l’espletamento di attività che comportano l’uso complesso ed integrato di dati per l’espletamento di prestazioni lavorative di natura tecnica, amministrativa e contabile. Tale attività può comportare il coordinamento di addetti a qualifiche inferiori. Nell’ambito delle funzioni proprie del profilo, espleta ogni altro incarico affidato dai diretti superiori. E’ il referente in materia contabile-amministrativa. Predisporre il bilancio d’esercizio finanziario. Applica i principi di contabilità e fiscali dell’Ente.

AREA SOCIO ASSISTENZIALE SANITARIA

- **Coordinatore:** è il responsabile dell’indirizzo e del coordinamento generale delle attività in struttura, in particolare per l’integrazione tra processi socio-assistenziali e sanitari. Favorisce la conoscenza, la diffusione e il rispetto della *mission* e della *vision* dell’Istituto. Garantisce un governo unitario del servizio sotto il profilo della qualità tecnica, organizzativa e relazionale. Concorre alla definizione della programmazione ed è responsabile della gestione e valutazione complessiva del servizio, rispondendo del risultato finale all’utenza e alla committenza. Adempie alle norme in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento istituzionale. Sa interpretare i bisogni e le domande di assistenza degli utenti, assicurando la progettazione dei servizi in coerenza con la rete territoriale. Sa coordinare i diversi processi del servizio in una logica di insieme, assicura in particolare il governo complessivo e la qualità del percorso assistenziale ed una gestione efficiente del servizio sotto diversi aspetti quali fornitura pasti, pulizie generali, lavanderia, manutenzione ordinaria e straordinaria. Collabora con la Direzione nella ricerca del miglior interlocutore per la fornitura e l’acquisizione di beni e servizi necessari alla buona gestione dell’Ente. Gestisce gruppi di lavoro e riunioni e promuove lo sviluppo professionale dei collaboratori del servizio utilizzando gli strumenti della valorizzazione delle risorse umane. Valuta i bisogni formativi e di sviluppo delle competenze dei propri operatori. Assicura una verifica costante della qualità dell’intervento e promuove e gestisce azioni e processi di miglioramento. Mantiene relazioni positive e collabora con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, committenti, volontari, esponenti della comunità locale...). È in grado di gestire le relazioni con il personale della struttura e di gestire il proprio ruolo con eticità e riservatezza.
- **Medico di struttura:** è inserito nell’organizzazione dell’Istituto con un rapporto libero professionale per lo svolgimento dell’attività medica di diagnosi e cura a favore degli ospiti non autosufficienti ricoverati. Collabora con l’équipe multidimensionale per la stesura dei PAI. E’ responsabile dei rapporti con i presidi medici. E’ responsabile della tutela sanitaria degli anziani ospiti.
- **Infermiere:** esercita tutte le funzioni di carattere organizzativo, amministrativo e assistenziale previste per l’infermiere professionale dal DM739/94. Garantisce l’assistenza sanitaria, anche in emergenza, alla persona assistita. Affianca il medico nel corso delle visite e cura la somministrazione delle terapie farmacologiche prescritte dal medico. Sa utilizzare e interpretare molteplici scale di valutazione

assistenziali, interpretando i parametri vitali, compreso il dolore, il livello di coscienza, lo stato nutrizionale e l’apporto idrico. È capace di prevenire (in collaborazione con il Fisioterapista e l’OSS) o gestire le lesioni da pressione o accidentali, contenzioni, cadute. È capace di lavorare in equipe con gli altri colleghi, gestire il personale di supporto (OSS), interfacciarsi con le famiglie, i care-giver, gli Amministratori di sostegno e con le figure sanitarie e socio-assistenziali esterne alla struttura. Conosce procedure, istruzioni e protocolli di struttura per l’esecuzione delle attività sanitarie ed assistenziali. Per lo svolgimento delle proprie mansioni, si relaziona con RAA, RAS ed il responsabile di struttura anche assicurando la propria partecipazione ad incontri di équipe. Partecipa alla definizione degli obiettivi del PAI e concorre al loro raggiungimento e verifica.

- Responsabile Attività Sanitarie (RAS): Opera all’interno della struttura in collaborazione con la direzione del servizio. Si occupa, in accordo con il responsabile della struttura, dell’organizzazione dei turni del personale infermieristico e riabilitativo, della programmazione degli orari di lavoro e delle ferie, garantendo la continuità assistenziale agli ospiti della struttura. Definisce la programmazione qualitativa e quantitativa del materiale ad uso sanitario. Collabora con il personale sanitario, il responsabile di struttura ed i referenti dell’attività assistenziali nella formulazione dei piani di lavoro del servizio. Partecipa agli incontri multidisciplinari e di aggiornamento. Definisce, con il responsabile di struttura, le procedure che favoriscono l’integrazione tra gli operatori e il corretto passaggio di informazione, al fine di garantire la continuità assistenziale. Rappresenta il punto di riferimento dei familiari degli ospiti per qualsiasi informazione riguardante l’assistenza erogata.
- Animatore: elabora progetti di socializzazione, integrazione e riabilitazione per gli ospiti, per il raggiungimento dell’obiettivo generale di carattere socio – assistenziale riabilitativo ed educativo. Progetta ed organizza attività ludiche, ricreative e creative all’interno e all’esterno della struttura, con l’obiettivo primario di coinvolgere tutte le persone assistite, rispettando le attitudini e le esigenze di ognuno. Con l’équipe multi-professionale, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti nel PAI. Conosce procedure, istruzioni e protocolli di struttura per l’esecuzione delle attività assistenziali. Per lo svolgimento delle proprie mansioni si relaziona con RAA e il responsabile di struttura, anche assicurando la propria partecipazione agli incontri di équipe.
- Referente Attività Assistenziali (RAA): Rappresenta il punto di riferimento dei familiari degli ospiti per qualsiasi informazione riguardante l’assistenza erogata insieme al referente delle attività sanitarie. È in grado di programmare e coordinare le attività assistenziali dell’unità organizzativa di competenza. Assicura la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio ed una gestione efficiente dei servizi alberghieri ed accessori, con particolare riferimento all’approvvigionamento di materiali e strumenti per lo svolgimento delle attività assistenziali di base e alberghiera. Sa coordinare il lavoro degli OSS, organizzando in particolare i turni di lavoro e il programma delle attività quotidiane e mensili rivolte agli utenti. Sa gestire gruppi di lavoro e riunioni. È in grado di contribuire allo sviluppo professionale dei collaboratori. Dimostra

orientamento alle esigenze degli ospiti e dei familiari ed interesse a migliorare la qualità del servizio. Sa lavorare in gruppo per sostenere e promuovere la motivazione dei collaboratori e sa coordinare e orientare i gruppi. È in grado di intrattenere relazioni positive e collaborare con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, volontari...) favorendo un clima relazionale positivo, anche in situazioni critiche.

- Fisioterapista: esercita tutte le funzioni proprie della figura professionale ricoperta, previste dal DM 741/94, nei reparti o in palestra e/o altri spazi specializzati o adibiti allo scopo. Programma ed esegue le attività di riabilitazione psicomotorie degli utenti in accordo con il medico e con l'équipe multi-professionale ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti nel PAI. Conosce procedure, istruzioni e protocolli di struttura per l'esecuzione delle attività sanitarie ed assistenziali. Per lo svolgimento delle proprie mansioni si relaziona con RAA, RAS ed il responsabile di struttura, anche assicurando, la propria partecipazione ad incontri di équipe.
- Operatore Socio Sanitario: è addetto a funzioni di carattere esecutivo nell'ambito delle prescrizioni dettagliate impartite dal responsabile assegnato, al quale risponde in via gerarchica e funzionale. È la figura professionale addetta all'assistenza, provvede al soddisfacimento dei bisogni primari (relazione, igiene, alimentazione, vestizione, mobilitazione e sorveglianza degli ospiti). Conosce procedure, istruzioni e protocolli di struttura per l'esecuzione delle attività assistenziali. Per lo svolgimento delle proprie mansioni, si relaziona con RAA, RAS ed il responsabile di struttura, anche assicurando la propria partecipazione ad incontri di équipe. Partecipa alla definizione degli obiettivi del PAI e concorre al loro raggiungimento e verifica.

Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

La disciplina di riferimento del lavoro agile o smart working è la Legge 22 maggio 2017, n. 81. Si tratta di una particolare modalità di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato introdotta al fine di incrementare la competitività e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

La CRA Perini, che fornisce assistenza diretta ad anziani non autosufficienti e quindi deve garantire la continuità dei servizi alla persona, oltre che alle ridotte dimensioni dell'organico amministrativo, non consente uno sviluppo dell'organizzazione del lavoro agile strutturato e diffuso.

È disponibile un laptop collegabile da remoto, per provvedere alle eventuali emergenze così da garantire la continuità dei servizi amministrativi /sociali e conciliare eventuali emergenze e necessità casa/lavoro.

Durante la pandemia Covid19, lo smart working è stato attivato per il Coordinatore, dotandolo di computer portatile, per poter svolgere il proprio lavoro da casa.

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con delibera n. 15 del 25/03/2021, l’Ente ha definito la propria dotazione organica, che risulta essere:

- n. 1 Coordinatore responsabile dei servizi assistenziali dell’Ente (con funzioni anche di RAA) a tempo pieno (36 ore settimanali) - Categoria D, posizione giuridica D1;
- n. 4 Infermieri Professionali, di cui n. 3 a tempo pieno (36 ore settimanali), n. 1 part-time (22 ore settimanali) – Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 1 Fisioterapista part-time (22 ore settimanali) – Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 1 Animatore/RAA a tempo pieno (36 ore settimanali), di cui 22 ore settimanali in qualità di animatore (per 37 ospiti) e 14 ore settimanali con l’incarico di RAA - Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 15 Operatori Socio Sanitari a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 1 Addetto Amministrativo a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B3;
- n. 1 cuoca a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 1 addetto alla lavanderia (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 2 addetti alle pulizie part-time (20 ore settimanali) – Categoria A, posizione giuridica A1

Con successiva delibera n. 10 del 07/03/2023, l’Ente ha modificato la dotazione organica, sostituendo la figura di addetto amministrativo a tempo pieno (36 ore settimanali, categoria B, posizione giuridica B3), con la figura di Esperto Amministrativo Contabile a tempo pieno (36 ore settimanali, categoria D, posizione giuridica D1), e modificando la posizione giuridica delle O.S.S. da B1 a B3.

Con Avviso pubblico del 14/03/2023, l’Ente ha indetto concorso “al fine del reclutamento, con contratto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato pieno, di n. 7 unità di personale “Operatore Socio Sanitario”, di categoria giuridica B3 e posizione economica B3, o come equiparata per legge, secondo il CCNL Comparto Funzioni Locali vigente”. Al termine dell’espletamento delle prove scritta e orale, tenutesi rispettivamente il 23/06/2023 e 03/07/2023, la graduatoria prevedeva 7 vincitori idonei, di cui 1 rinunciatario, mentre i restanti 6 concorrenti, a seguito dell’accettazione dell’incarico, risultavano assunti in pianta stabile.

Con Avviso Pubblico del 24/11/2023, l’Ente ha indetto concorso “al fine del reclutamento, con contratto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato pieno, di n. 1 unità di personale “Esperto amministrativo contabile”, in area dei Funzionari e dell’Elevata Qualificazione - I livello differenziale stipendiale, secondo il C.C.N.L. Comparto Funzioni Locali vigente, per gli uffici amministrativi”. Il concorso è tutt’ora in fase di espletamento.

Agli operatori alle dirette dipendenze dell’Ente (Coordinatore, Animatore, Infermieri, OSS), si aggiungono i lavoratori con contratto di lavoro interinale (Infermieri, fisioterapista, OSS e collaboratore amministrativo) ed i lavoratori dei servizi di ristorazione, pulizia e lavanderia appaltati a ditta esterna.

La determinazione del fabbisogno di personale necessario è abbastanza complessa, in quanto implica una stima delle necessità dei vari reparti, quali ad esempio le sostituzioni per cambio ferie/malattie/maternità, che sono completamente a carico aziendale. Pertanto, la previsione è da ritenersi suscettibile di variazioni sulla base dell’andamento effettivo delle assenze nel corso dell’anno.

Sottosezione di programmazione – Formazione del personale

La formazione del personale si pone come obiettivo la valorizzazione delle risorse umane, della qualità dei processi assistenziali, in un’ottica di miglioramento e sviluppo dell’organizzazione e dei servizi erogati.

La formazione e l’aggiornamento professionale sono finalizzate al miglioramento delle competenze, delle prestazioni e della motivazione del personale. I fabbisogni formativi rispondono alle competenze individuali in ambito tecnico-professionale, gestionale-organizzativo, comportamentale-relazionale, e del grado di copertura degli stessi in funzione del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Rimane ferma la pianificazione delle attività didattiche nelle materie obbligatorie, quali la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08, l’antincendio e la privacy, nonché le ulteriori discipline specialistiche per specifiche categorie di lavoratori.

Parallelamente allo svolgimento in presenza, la formazione è fruibile tramite incontri in conference call, webinar, FAD.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L’Ente somministra annualmente agli operatori un questionario di soddisfazione della qualità percepita del servizio offerto. I dati vengono analizzati dalla Coordinatrice e discussi nella riunione annuale con gli operatori.

Ai famigliari degli ospiti viene consegnato un questionario di gradimento, allegato alla Carta dei Servizi consegnata al momento dell’ingresso dell’ospite in struttura. I risultati degli indicatori venivano discussi durante una riunione annuale con i famigliari stessi; tuttavia, durante la pandemia Covid19, per motivi di emergenza sanitaria, gli incontri sono stati interrotti. Le riunioni annuali con i famigliari verranno riprogrammate a partire dal 2024.

Per quanto concerne il monitoraggio delle sottosezioni “*Valore pubblico*” e “*Performance*”, il monitoraggio avverrà secondo le modalità stabilite dal decreto legislativo n. 150 del 2009, mentre il monitoraggio della sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, secondo le indicazioni di ANAC.

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

Allegati:

Allegato 1: Piano per razionalizzare l’utilizzo delle dotazioni strumentali

Allegato 2: Piano delle azioni positive

Allegato 3: Sistema di misurazione e valutazione della performance

Allegato 4: Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Allegato 1

PIANO PER RAZIONALIZZARE L'UTILIZZO **DELLE DOTAZIONI STRUMENTALI**

Ai fini della predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2024-2026, si è proceduto alla ricognizione delle dotazioni strumentali, anche informatiche, in uso all'interno degli uffici, alla data del 31/12/2023.

Sono emersi i seguenti dati:

- n. 1 notebook Notebook Lenovo S130, in uso al personale infermieristico ai nuclei del reparto
- n. 1 notebook Acer SF114-32-P8RZ, in uso al personale infermieristico ai nuclei del reparto
- n. 1 notebook HP EliteBook 840, in uso al coordinatore per lo svolgimento dello smart working durante l'emergenza sanitaria Covid19
- n. 1 tablet, in uso all'animatore/personale assistenziale/personale sanitario per l'effettuazione di videochiamate tra famigliari e ospiti durante l'emergenza sanitaria Covid19
- n. 4 postazioni PC, con relativi monitor, tastiere (a filo e wireless) e mouse (a filo e wireless), di cui 1 in uso all'ufficio amministrazione, 1 in uso al coordinatore, 1 in uso all'animatore e 1 in uso all'infermeria del secondo piano
- n. 1 Server HPE ProLiant ML30 Gen10 Plus Performance – tower – Xeon E-2314 2.8 GHz – 16 GB, collocato nell'ufficio amministrazione
- n. 1 NAS Synology DiskStation DS220+, collocato nell'ufficio amministrazione
- n. 1 stampante Multifunzione HP Laserjet M426DW, in uso all'infermeria del secondo piano
- n. 1 stampante HP Stampante HP laser jet 1102, in uso all'ufficio coordinamento
- n. 1 stampante HP Deskjet1000, in uso alla postazione dell'animatore
- n. 1 multifunzione A3 a colori Ricoh MPC 3004 (copiatrice, stampante, scanner), collocata nell'ufficio amministrazione
- n. 4 telefoni cordless Panasonic, in uso agli uffici amministrazione, coordinamento, nucleo primo piano e nucleo secondo piano
- n. 1 router Tiesse nell'ufficio amministrazione
- n. 1 switch HP nell'ufficio amministrazione
- n. 1 switch Provision ISR nell'infermeria del secondo piano

- N. 3 Access Point Unifi ai piani

Nel corso del 2023, si è provveduto alla sostituzione della multifunzione Ricoh C551, in uso all'ufficio amministrazione, e di n. 3 monitor da 24" per l'ufficio amministrazione, coordinamento e infermeria del secondo piano, al fine di sopperire il grado di obsolescenza delle apparecchiature.

Per ciò che concerne i *software applicativi*, sulle postazioni PC sono istallate licenze Microsoft 365 Apps for business, mentre sul server è installata licenza Microsoft Windows Server 2022 Standard - 64-bit.

Tali dotazioni strumentali rispondono alle specifiche esigenze dell'Ente, e non si segnalano esuberi o mancanze degne di nota.

Nel periodo di riferimento, non sono previsti sostanziali investimenti in dotazioni strumentali informatiche, se non per far fronte ad episodici guasti o rotture che potrebbero eventualmente verificarsi.

Allegato 2

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

PREMESSA:

Le azioni positive sono misure temporanee speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

Sono misure "speciali", in quanto non generali ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta e temporanee in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne. Le azioni positive si fondano sul principio dell'uguaglianza sostanziale, che valorizza le differenze esistenti tra soggetti appartenenti a diverso genere.

Secondo quanto disposto dal Decreto Legislativo 1 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per rimediare a svantaggi rompendo la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nei ruoli di vertice.

La Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019, “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche”, emanata dal Ministro per la pubblica amministrazione congiuntamente con il Sottosegretariato delegato alle pari opportunità, indica come sia importante il ruolo che le amministrazioni pubbliche ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

La finalità del Piano è individuare le strategie e gli interventi a seguito dell'emergere di nuove opportunità, di nuovi bisogni e di nuove possibilità di miglioramenti organizzativi.

Compito delle Pubbliche Amministrazioni è mettere in atto tutte quelle politiche che consentano di creare, all'interno dei luoghi di lavoro, tutti i presupposti per ottenere il massimo di produttività in un contesto nel quale si ottimizzino risultati, benessere dei lavoratori, parità e pari opportunità. In tale ottica, occorre:

- introdurre una gestione del personale improntata al diversity management, promuovendo l'accettazione e la valorizzazione delle differenze, e riconoscendo in esse il valore aggiunto di ogni persona. Diversità, equità e inclusione sono un'opportunità e una chance da cogliere anche nella pubblica amministrazione, per poter erogare servizi “su misura” in una società multietnica e per creare un ambiente di lavoro inclusivo;
- Riconoscere e valorizzare il merito e le competenze;
- Garantire un ambiente di lavoro rispettoso ed adeguato alle esigenze di lavoratori e lavoratrici, che chiedono sempre di più di poter conciliare i ruoli sociali e familiari, i tempi di lavoro con quelli di non lavoro;

- Diffondere la conoscenza della normativa antidiscriminazione, sia da parte dei datori di lavoro che da parte dei lavoratori.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

- D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”
- D. Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"
DIRETTIVA 23 maggio 2007 Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”
- Legge 4 novembre 2010, n. 183, “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”
- Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n. 80, “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro, in attuazione dell'articolo 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”
- Direttiva 2/19, “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”

ANALISI DELLA SITUAZIONE DEL PERSONALE:

La realizzazione del Piano tiene conto della struttura organizzativa dell'Ente e del personale dipendente, la cui composizione, al 31.12.2023 è rappresentata come segue:

Dipendenti dell'Ente a tempo indeterminato:

Qualifica	N. Donne	N. Uomini
Operatore Socio-Sanitario	13	1
Infermiere Professionale	2	0
Animatore	1	0
Coordinatore	1	0
Totale	17	1

Lavoratori somministrati tramite agenzia interinale:

Qualifica	N. Donne	N. Uomini
Operatore Socio-Sanitario	1	0
Infermiere Professionale	1	1
Fisioterapista	1	0
Collaboratore amministrativo	1	0
Totale	4	1

Lavoratori appaltati a ditte esterne:

Servizio	N. Donne	N. Uomini
Ristorazione	2	0
Pulizia e sanificazione	3	0
Lavanderia	1	0

I titolari di P.O. sono 1 di sesso femminile.

OBIETTIVI:

Con il presente Piano delle azioni positive, si intende favorire ed implementare l'adozione di misure che garantiscano effettive pari opportunità nelle condizioni di lavoro e di sviluppo professionale tra uomini e donne e che tengano conto anche delle necessità di conciliare responsabilità familiari, personali e professionali delle dipendenti e dei dipendenti, con particolare riferimento a:

- creare un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”, inteso come la capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi lavora mantenendo e migliorando il grado di benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa
- migliorare il livello di performance dell'Ente, in quanto, quando le persone risultano coinvolte e valorizzate e possono accrescere le proprie competenze e condividerle, il clima e l'atmosfera prevalente

nell'organizzazione renderanno più facile il loro benessere sul luogo di lavoro e questo, a sua volta, farà crescere l'organizzazione e migliorerà i suoi risultati

- incrementare la partecipazione ai corsi di formazione professionale che offrano possibilità di crescita e miglioramento
- valutare azioni che prendano in considerazione le differenze, le condizioni e le esigenze di donne e uomini all'interno dell'Ente, ponendo al centro dell'attenzione la persona e armonizzando le esigenze dell'Ente con quelle delle dipendenti e dei dipendenti
- individuare iniziative di informazione per promuovere comportamenti coerenti con i principi di pari opportunità nel lavoro ed alla promozione di azioni mirate a favorire migliori condizioni di lavoro e di benessere dei lavoratori

Al fine di consolidare e potenziare tale quadro, l'Ente si propone di perseguire le seguenti finalità:

- tutela e riconoscimento del fondamentale e irrinunciabile diritto a pari libertà e dignità da parte dei lavoratori e delle lavoratrici;
- garanzia del diritto dei lavoratori ad un ambiente di lavoro sicuro, sereno e caratterizzato da relazioni interpersonali improntate al rispetto della persona e alla correttezza dei comportamenti;
- tutela del benessere psicologico dei lavoratori, anche attraverso la prevenzione e il contrasto di qualsiasi fenomeno di mobbing;
- sviluppo di una modalità di gestione delle risorse umane lungo le linee della pari opportunità, nello sviluppo della crescita professionale e dell'analisi delle concrete condizioni lavorative, anche sotto il profilo della differenza di genere;
- innovazione dell'Amministrazione e sviluppo dell'organizzazione;
- definizione degli obiettivi e delle caratteristiche generali del progetto di lavoro agile, quale nuova modalità spazio-temporale di svolgimento della prestazione lavorativa.

AZIONI:

Le azioni del presente P.A.P. potranno essere modificate, integrate ed ampliate sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che via via emergeranno.

Obiettivo 1: Garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere lavorativo con analisi del clima organizzativo interno per favorire migliori condizioni di lavoro.

Azioni:

- Favorire il senso di appartenenza all'ente, la motivazione al lavoro, il coinvolgimento verso un progetto comune, attraverso la possibilità di esprimere una valutazione sul contesto lavorativo.
- Programmare attività formative che possano consentire a tutti i dipendenti di sviluppare una crescita professionale e/o di carriera che si potrà concretizzare mediante l'utilizzo del credito formativo.

- Migliorare la gestione delle risorse umane e la qualità del lavoro attraverso la gratificazione e la valorizzazione delle capacità professionali dei dipendenti.
- Creare un ambiente lavorativo stimolante ed improntato al benessere dei lavoratori, al fine di migliorare la *performance* individuale e a favorire l'utilizzo della professionalità acquisita.
- Promuovere un'indagine conoscitiva che, utilizzando adeguati indicatori, coinvolga il personale dell'Ente, consentendogli di esprimere la propria percezione del contesto lavorativo;
- Analizzare gli esiti dell'indagine, individuando eventuali criticità emerse ed elaborando proposte correttive.

Obiettivo 2: Tutelare l'ambiente di lavoro da ogni forma di discriminazione, diretta ed indiretta, anche non legata al genere.

Azioni:

- Prevenire situazioni conflittuali sul posto di lavoro, determinate, ad esempio, da pressioni o molestie sessuali, atteggiamenti miranti ad avvilire il/la dipendente, atti vessatori correlati alla sfera privata del lavoratore o della lavoratrice (ad es.: orientamento sessuale, religione, razza, disabilità, ecc.);
- Promuovere un'indagine conoscitiva che, utilizzando adeguati indicatori, coinvolga il personale dell'Ente, consentendogli di esprimere la propria percezione del contesto lavorativo;
- Analizzare gli esiti dell'indagine, individuando eventuali criticità emerse ed elaborando proposte correttive.

Allegato 3

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE **(D. Lgs 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017)**

1. FINALITA’

L’Ente definisce obiettivi e standard di efficacia/efficienza dei servizi, rispetto ai bisogni degli utenti ed alla *mission* dell’Ente, in un’ottica di miglioramento continuo.

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita.

La performance è misurata e valutata con riferimento all’Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola e ai singoli dipendenti, con il fine di migliorare la qualità dei servizi offerti, nonché di incentivare la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

Pertanto, con il Sistema di misurazione e di valutazione della performance del personale si è inteso implementare il miglioramento organizzativo del lavoro, elevare gli standard qualitativi delle funzioni e dei servizi svolti, incentivare la qualità della prestazione lavorativa, il riconoscimento del merito, la valorizzazione delle capacità, l’incremento dell’efficienza del lavoro ed il contrasto alla scarsa produttività e all’assenteismo.

2. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La performance organizzativa si traduce nella definizione e valutazione di obiettivi e standard di efficacia/efficienza dei servizi, che possono essere di ente, di singole unità organizzative o di gruppi di risorse, con le seguenti caratteristiche:

- a) Rilevanti rispetto alle finalità strategiche dell’ente, ai bisogni degli utenti e alla missione istituzionale e prevista anche dalle norme;
- b) Concreti e valutabili in termini chiari e precisi;
- c) Orientati al perfezionamento dei servizi e processi erogati dall’ente;
- d) Riferiti ad un arco temporale annuale o pluriennale;
- e) Confrontabili, ove possibile, con gli andamenti dell’amministrazione, nel periodo precedente o con target di altre amministrazioni;
- f) Correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili

Obiettivi dell’Ente sono:

- mantenere una forte attenzione verso il miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti, promuovendo il miglioramento dei processi interni;
- perseguire l’equilibrio economico-finanziario nel bilancio, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità dell’azione amministrativa;
- potenziare la comunicazione interna ed esterna, favorendo l’esercizio del diritto di accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione da parte dei soggetti interessati, al fine di migliorare la trasparenza dell’azione amministrativa;
- promuovere il continuo miglioramento dell’assistenza socio-sanitaria, attraverso progettualità in grado di coinvolgere tutto il personale;

- garantire, per ogni livello professionale, le migliori condizioni di sicurezza, attraverso un ambiente confortevole con infrastrutture e risorse adeguate a favorire il miglioramento continuo del livello di qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

3. INDICATORI

Il grado di raggiungimento degli obiettivi di cui sopra è commisurato agli esiti del questionario sul grado di soddisfazione dei famigliari con riferimento alla relazione di rendicontazione che sarà predisposta dal Coordinatore.

4. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della performance individuale è attuata in riferimento:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali assegnati direttamente al dipendente;
- b) alle competenze dimostrate, con riferimento alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura.

Tutte le valutazioni annuali saranno raccolte nei fascicoli personali degli interessati e di esse si terrà conto nei percorsi di carriera e all’atto di assegnazione o rinnovo di specifici incarichi.

5. STRUTTURA E SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DI COMPARTO

La valutazione del personale di comparto prende in esame i seguenti fattori:

- a) Performance Organizzativa: raggiungimento degli obiettivi dell’unità organizzativa di appartenenza;
- b) Performance individuale di merito: impegno e qualità individuale, l’adattamento operativo e l’orientamento all’utenza ed alla collaborazione dimostrati nel periodo considerato, ovvero i comportamenti organizzativi;

Tutti i dipendenti sono valutati dai loro diretti responsabili con riferimento al personale assegnato, attraverso un iter che prevede:

- Comunicazione iniziale degli obiettivi dell’area organizzativa di appartenenza e del peso attribuito ai fattori di valutazione del comportamento organizzativo, nonché di eventuali obiettivi specifici di miglioramento, mantenimento e sviluppo;
- Colloquio intermedio infra annuale (solo nel caso vengano riscontrate situazioni di marcata criticità);
- Colloquio finale di restituzione della valutazione data.

La valutazione della performance nel periodo considerato è effettuata sulla base dei seguenti parametri e tenuto conto del comportamento del dipendente nel corso dell’anno.

- a) **Performance Organizzativa – peso 40/100:** il contributo dato alla performance organizzativa per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza è valutato sulla base dei seguenti parametri e tenuto conto del comportamento del dipendente nel corso dell’anno. Questa valutazione riguarda il contributo complessivo prestato dal dipendente rispetto agli obiettivi assegnati annualmente alla struttura di appartenenza nell’ambito della programmazione.

parametri per la determinazione del contributo dato alla Performance Organizzativa dell’unità organizzativa di appartenenza

Valutazione	Significato	Punteggio
Non valutabile	Contenuti assenti	0

Insufficiente contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza	Il dipendente ha fornito un apporto insufficiente e saltuario al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione di riferimento né ha mostrato interesse a impegnarsi per questo	6
Minimo contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza	Il dipendente si è impegnato al minimo per il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione ed ha dato un contributo corrispondente	12
Sufficiente contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza	Il dipendente si è impegnato ed ha fornito un contributo di valore medio al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione	24
Discreto contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza	Il dipendente si è impegnato ed ha fornito un contributo apprezzabile al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione	32
Eccellente contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza	Il dipendente si è impegnato con ottimi risultati ed ha fornito un eccellente contributo al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione	40

b) Performance individuale di merito – peso 60/100: la valutazione della performance individuale nel periodo considerato è effettuata sulla base dei seguenti parametri e tenuto conto del comportamento del dipendente nel corso dell'anno.

Comportamento professionale	Comportamenti oggetto di valutazione	Punteggio	Punteggio complessivo
Affidabilità e qualità della prestazione lavorativa	- Affidabilità, professionalità e flessibilità dimostrate nell'esecuzione dei compiti assegnati.	5	
	- Capacità a documentarsi e rispondere in modo adeguato e per quanto di competenza rispetto alle disposizioni generali, e nel caso di attività diretta alla persona, alle consegne specifiche di ciascuno, al piano assistenziale individualizzato e ad ogni altro strumento organizzativo in uso presso l'Istituto.	5	
	- Capacità di utilizzo delle attrezzature, strumenti e materiali, utilizzandoli con efficienza senza promuovere sprechi.	5	
	- Capacità di mettere in atto le corrette procedure di sicurezza per la riduzione dei rischi sul lavoro – utilizzo dei DPI messi a disposizione.	5	
	Sub totale	20	
Capacità di adattamento alle esigenze del servizio	- Capacità di rispondere con il proprio contributo alle eventuali criticità e tensione organizzative o in ragione di eventi non programmati che influenzano il servizio (es. picchi di carichi di lavoro, rispetto delle scadenze, disponibilità al rientro in servizio, ecc.).	5	

	- Capacità di porsi attivamente nei confronti del cambiamento modificando le proprie modalità comportamentali in base alle diverse situazioni.	5	
	Sub totale	10	
Orientamento all’utenza, alla collaborazione e al rispetto delle regole	- Capacità di interpretare le richieste dell’utenza e di instaurare relazioni positive con gli utenti esterni ed i soggetti con cui il dipendente viene a contatto.	5	
	- Utilizzo di modalità di comunicazione corrette e rispettose del principio di riservatezza e tutela della privacy con gli utenti, i superiori e i colleghi.	5	
	- Capacità di costruire rapporti positivi e di cooperazione con i colleghi, cercando il più possibile di evitare conflitti, nel rispetto delle norme comportamenti e degli obblighi di condotta sul lavoro.	5	
	Sub totale	15	
	TOTALE “A” Comportamento professionale	45	___/45
Partecipazione alle attività formative e di aggiornamento programmate dall’Istituto			
	Partecipazione pari o superiore all’80% degli eventi	15	
	Partecipazione superiore al 60% e inferiore all’80% degli eventi	12	
	Partecipazione uguale al 60% degli eventi	10	
	Partecipazione inferiore al 60% e fino al 50% degli eventi	5	
	Partecipazione inferiore al 50% degli eventi	0	
	Totale “B” Attività formative	15	___/15
	Totale Performance Individuale di merito	60/60	___/60

La somma delle valutazioni del grado di raggiungimento della Performance Organizzativa e della Performance Individuale costituisce la valutazione complessiva riassunta nella scheda da consegnare a ciascun dipendente al momento del colloquio finale.

Il Coordinatore delle attività assistenziali, coadiuvato dal personale di coordinamento intermedio per quanto di competenza, effettua la valutazione del personale assegnato e comunicano l’esito all’Ufficio personale (Segretario) e al Consiglio di Amministrazione, contestualmente alla consegna delle schede di valutazione per il riconoscimento degli incentivi, secondo la seguente tabella:

con punteggio finale superiore a 95	100% della produttività
con punteggio finale compreso tra 70 e 95	In proporzione
con punteggio finale fino a 70	0% della produttività

6. STRUTTURA E SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL PERSONALE COLLOCATO IN POSIZIONE ORGANIZZATIVA

La valutazione della performance del personale con incarico di posizione organizzativa (Coordinamento d'area socio assistenziale) prende in esame i seguenti fattori:

- a) raggiungimento di obiettivi specifici annuali o pluriennali ratificati in sede di approvazione del Piano della Performance
- b) raggiungimento degli standard dei servizi della struttura diretta ratificati in sede di approvazione del Piano della Performance
- c) valutazione del grado di copertura del ruolo, valutata in base ai comportamenti organizzativi, ovvero alle competenze tecniche e manageriali, dimostrati nel periodo considerato

Il punteggio massimo ottenibile è convenzionalmente fissato in 100 punti.

La proposta di ponderazione del peso degli obiettivi viene effettuata dal Presidente e dal Segretario di struttura.

con punteggio finale superiore a 95	100% della produttività
con punteggio finale compreso tra 70 e 95	In proporzione
con punteggio finale fino a 70	0% della produttività

7. FASI E TEMPI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Le fasi del ciclo di gestione della performance si articolano come segue:

- a) Il Consiglio di Amministrazione approva, sentito il Coordinatore delle attività assistenziali, il *Piano della Performance*, in cui sono definiti gli obiettivi e i progetti operativi di tutto il personale, di norma entro il 31 marzo di ogni anno;
- b) Ciascun responsabile di servizio e/o ufficio espone ai collaboratori della propria struttura gli obiettivi e progetti operativi, con specifici indicatori, come declinati nel Piano performance, attraverso specifici momenti di condivisione;
- c) Ciascun responsabile monitora l'andamento delle attività per il conseguimento degli obiettivi, segnalando con la massima tempestività le difficoltà insorte per il pieno conseguimento degli obiettivi;
- d) L'Organismo di valutazione e i responsabili svolgono le valutazioni di propria competenza, secondo quanto previsto dal presente regolamento, consegnando le schede di valutazione (di norma entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello oggetto di valutazione) all'Ufficio personale, che predispone la documentazione necessaria ai fini della approvazione, da parte del Consiglio di Amministrazione, della *Relazione finale sulla Performance*;
- e) L'Organismo di valutazione valida e il Consiglio di Amministrazione approva la Relazione finale sulla Performance di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello oggetto di valutazione;

8. DIFFERENZIAZIONE DEL PREMIO INDIVIDUALE

Si recepisce quanto previsto dalla contrattazione collettiva in tema di differenziazione del premio individuale, rimandando alla contrattazione integrativa la definizione dei criteri applicativi.

9. ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il personale ha diritto a partecipare al processo di misurazione e valutazione del ciclo della performance nel rispetto dei seguenti requisiti:

- Per i dipendenti assunti in corso d’anno o con contratto a tempo determinato, la valutazione verrà effettuata solo in caso di durata contrattuale di almeno 6 mesi continuativi sull’anno di riferimento;
- Al fine di garantire una reale possibilità di misurazione della performance individuale, la valutazione annuale non è effettuata per periodi di assenza pari o superiori a 120 giorni; in caso di assunzione in corso d’anno o di contratti a tempo determinato di durata almeno pari a 6 mesi il periodo di assenza verrà proporzionato sulla base dei giorni di lavoro;
- Ai fini del conteggio dei giorni di assenza di cui al precedente comma, sono considerati tali tutte le tipologie di assenza contrattualmente previste, tranne le assenze dovute a: ferie, riposi e ulteriori assenze dovute all’articolazione oraria, che non sono considerate assenze;
- In caso di part time verticale il periodo lavorativo verrà proporzionato sulla base di giorni di lavoro previsti;

10. VALUTAZIONE NEGATIVA

Come disciplinato dall’art. 55 quater, comma 1, lettera f-quinquies del D. Lgs 165/2001, a seguito di una costante valutazione negativa della performance del dipendente per ciascun anno dell’ultimo triennio, intesa come valutazione negativa per tre anni consecutivi, viene applicato il licenziamento disciplinare.

Per valutazione negativa si intende il caso in cui il dipendente abbia ottenuto un punteggio complessivo inferiore al 50% del punteggio massimo attribuibile.

Allegato 4

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE **E PER LA TRASPARENZA**

PARTE PRIMA – PREMESSE

• OGGETTO

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) è redatto secondo le disposizioni di cui alla Legge n. 190 del 6 novembre 2012. Attraverso l'adozione del PTPC si introducono strategie e strumenti volti a prevenire e contrastare il fenomeno della corruzione, promuovendo la diffusione della cultura della prevenzione dei comportamenti corrotti e dell'etica dell'azione amministrativa, garantendo la trasparenza dell'azione amministrativa e l'efficacia dei controlli interni.

Il presente piano risponde alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, nell'ambito dei procedimenti e delle attività di cui alla lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi legati a fenomeni corruttivi;
- c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- e) individuare meccanismi di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione dell'Ente e i soggetti che con essa entrano in contatto, nell'ambito delle attività a rischio corruzione.

Il PTPCT è pubblicato in "amministrazione trasparente".

Entro il 31 gennaio di ogni anno il Consiglio di Amministrazione, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, aggiorna, se necessario, e adotta il piano triennale di prevenzione della corruzione.

Il presente PTPC può essere modificato in corso d'anno, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ove intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche normative generali o in ordine all'attività dell'amministrazione.

• RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge n. 190/2012 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*”;
- D. Lgs n. 97/2016 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;

- Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione in data 11.09.2013 e successivi aggiornamenti annuali, in particolare il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 approvato con delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016;
- Linee Guida adottate da ANAC con delibera n. 1310/2016.

• ANALISI DEL CONTESTO

Contesto esterno

L’Istituto, originariamente denominato “Ricovero dei vecchi inabili al lavoro” ed eretto in Ente Morale con RD 16 febbraio 1913, sorse a seguito delle volontà espresse dal Comm. Gen. Vincenzo Ferrari con testamento pubblicato in data 11 ottobre 1905 e delle iniziative assunte nell’anno successivo dalla Giunta municipale e dalla Congregazione di carità di Cortemaggiore.

Attiva dal 1909, l’Istituzione ha sede nei locali dell’ex Canonica ricevuti in donazione dal Comune e successivamente ampliati con un ulteriore locale concesso in comodato gratuito trentennale dalla Parrocchia di Santa Maria delle Grazie e San Lorenzo.

Con lo statuto approvato con decreto regionale n. 357 del 1° giugno 1986, l’Istituto ha assunto l’attuale denominazione di “Casa protetta Dott. Gianni Perini”, in memoria del medico condotto di Cortemaggiore, deceduto nel 1968.

L’Istituto ha lo scopo di fornire ospitalità ed assistenza a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica e/o psichica per le quali non sia possibile la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale, tramite l’intervento degli altri servizi presenti nel territorio.

Nel perseguimento dei propri fini, l’Istituto opera nell’ambito degli indirizzi programmatici della Regione Emilia-Romagna e degli accordi di programma sottoscritti a livello di Distretto dell’Azienda USL competente per territorio.

I servizi e gli interventi dell’Istituto sono rivolti prioritariamente alle persone residenti od originarie di Cortemaggiore; secondariamente, alle persone residenti negli altri Comuni del Distretto ed, infine, alle persone residenti negli altri Comuni nella provincia di Piacenza.

Il Consiglio di amministrazione è composto di cinque membri, così nominati: tre (incluso il Presidente) dal Comune di Cortemaggiore e due dal Parroco “pro tempore” della Parrocchia di Santa Maria delle Grazie e San Lorenzo di Cortemaggiore.

All’Istituto si applicano i principi relativi alla distinzione tra poteri di indirizzo e programmazione e poteri di gestione. Il Consiglio di Amministrazione è stato nominato con Decreto del Presidente della Regione Emilia Romagna Num. 62 del 30/04/2021.

L’Istituto opera nel Distretto Sociale di Levante della Provincia di Piacenza nell’area dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani conducendo una Casa Residenza per anziani autorizzata per complessivi 38 posti letti.

E’ inserito nel sistema regionale di interventi e servizi sociali definito dalle leggi della Regione Emilia Romagna ed orienta la sua attività al rispetto dei principi dalla stessa indicati. E’ soggetto gestore definitivamente accreditato ai sensi della D.G.R 514/2009 dei servizi di Casa Residenza per Anziani accreditato definitivamente con Determinazione del Funzionario Responsabile del Comune di Fiorenzuola d’Arda 21008 del 21/07/2016 per complessivi 23 posti letto su 38 complessivi di capacità ricettiva del servizio.

Contesto interno

Con delibera n. 15 del 25/03/2021, l’Ente ha definito la propria dotazione organica, che risulta essere:

- n. 1 Coordinatore responsabile dei servizi assistenziali dell’Ente (con funzioni anche di RAA) a tempo pieno (36 ore settimanali) - Categoria D, posizione giuridica D1;
- n. 4 Infermieri Professionali, di cui n. 3 a tempo pieno (36 ore settimanali), n. 1 part-time (22 ore settimanali) – Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 1 Fisioterapista part-time (22 ore settimanali) – Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 1 Animatore/RAA a tempo pieno (36 ore settimanali), di cui 22 ore settimanali in qualità di animatore (per 37 ospiti) e 14 ore settimanali con l’incarico di RAA - Categoria C, posizione giuridica C1;
- n. 15 Operatori Socio Sanitari a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 1 Addetto Amministrativo a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B3;
- n. 1 cuoca a tempo pieno (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 1 addetto alla lavanderia (36 ore settimanali) – Categoria B, posizione giuridica B1;
- n. 2 addetti alle pulizie part-time (20 ore settimanali) – Categoria A, posizione giuridica A1

Con successiva delibera n. 10 del 07/03/2023, l’Ente ha modificato la dotazione organica, sostituendo la figura di addetto amministrativo a tempo pieno (36 ore settimanali, categoria B, posizione giuridica B3), con la figura di Esperto Amministrativo Contabile a tempo pieno (36 ore settimanali, categoria D, posizione giuridica D1), e modificando la posizione giuridica delle O.S.S. da B1 a B3.

L’Istituto è un ente privo di dirigenza. La gestione amministrativa dell’Ente è affidata al Segretario, che si avvale di un collaboratore amministrativo con contratto di somministrazione di lavoro a tempo determinato. Le attività assistenziali, l’assistenza infermieristica e riabilitativa sono rese da personale alle dirette dipendenze dell’Istituto, con un organico complessivo di 18 operatori, oltre a personale con contratto di somministrazione a tempo determinato in base alle esigenze organizzative. I servizi generali (cucina, pulizia parti comuni e camere degenza e lavanderia) sono affidate ad una cooperativa esterna. Le funzioni di coordinamento assistenziale sono svolte da un Coordinatore titolare di P.O.

• SOGGETTI COINVOLTI

Il PTPC riguarda e coinvolge l’intera organizzazione dell’Ente, nonché tutti i soggetti che collaborano con esso.

Autorità di indirizzo politico

Alla luce di quanto previsto dall’articolo 10 del d.lgs. n. 33/2013, il Consiglio di Amministrazione è competente per l’adozione e l’aggiornamento del PTPC.

Esso, inoltre, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e definisce gli obiettivi di *performance* collegati alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa.

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012 è il Consigliere Sig. Enzo Mussi, nominato con delibera n. 63 del 21/12/2020, al quale è stato anche assegnato l'incarico di Responsabile della Trasparenza.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono attribuiti i seguenti compiti:

- a) predispone il PTPC entro il 31 gennaio di ogni anno, ne propone l'approvazione al Consiglio di Amministrazione e ne cura il relativo aggiornamento;
- b) definisce le procedure appropriate per selezionare e formare di dipendenti destinati ad operare in settori di attività particolarmente esposti alla corruzione;
- c) verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del PTPC;
- d) propone la modifica del PTPC, anche a seguito di accertate significative violazioni delle prescrizioni, o qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- e) esercita i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013;
- f) presidia l'attività di monitoraggio delle misure di prevenzione;

Responsabili di Servizio

I Responsabili di Servizio sono designati quali referenti per la prevenzione della corruzione relativamente alle unità organizzative delle quali è affidata la direzione e la responsabilità, sia diretta sia indiretta.

Ogni Responsabile di Servizio, in aggiunta ai compiti ad esso attribuiti dalle norme di legge e regolamentari, esercita le seguenti attività:

- a) partecipa attivamente all'analisi dei rischi, propone le misure di prevenzione relative ai processi di competenza e ne assicura l'attuazione;
- b) effettua il monitoraggio in ordine al rispetto dei tempi procedurali, informando tempestivamente, e senza soluzione di continuità, il responsabile della prevenzione della corruzione, in merito al mancato rispetto, e a qualsiasi altra anomalia accertata, integrante una mancata attuazione del presente piano. Conseguentemente, adotta le azioni necessarie per eliminare tali anomalie, oppure propone azioni al responsabile della prevenzione della corruzione;
- c) promuove e divulga le prescrizioni contenute nel PTPC, nonché gli obblighi riguardanti la trasparenza amministrativa ed il Codice di Comportamento vigente nell'Ente;
- d) verifica l'attuazione delle prescrizioni contenute nel presente Piano, nel Piano di Trasparenza e nel Codice di Comportamento;
- e) predispone eventuali proposte di integrazione delle prescrizioni contenute nei documenti richiamati nel precedente punto c);
- f) partecipa con il Responsabile della prevenzione e della corruzione alla definizione del piano di formazione e all'individuazione dei dipendenti a cui destinarlo;

Dipendenti

I dipendenti provvedono ad eseguire quanto contenuto nel PTPC e nel codice di comportamento adottato dall'Ente, con particolare riferimento a quanto ivi stabilito in caso di conflitto d'interessi.

Segnalano, altresì, le situazioni di illecito al proprio responsabile e i casi di interesse personale, secondo quanto contenuto nel codice di comportamento

Nucleo di valutazione (OIV)

Il Nucleo di valutazione verifica, ai fini della propria attività, la corretta applicazione del PTPC da parte dei Responsabili dei servizi.

Svolge funzione di controllo e valutazione della *performance*, anche con riferimento agli adempimenti previsti nel piano anticorruzione.

Fornisce attestazione in merito all'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

PARTE SECONDA – PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), nell’aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, Determinazione n. 12 del 28/10/2015, nella Parte Speciale, approfondisce specificità e caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale. Le indicazioni per la redazione dei PTPC sono rivolte sia alle aziende sanitarie, sia ad altri soggetti assimilabili, tra cui gli Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza.

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare, che è un diritto costituzionalmente protetto. Le misure di prevenzione della corruzione hanno una duplice valenza in quanto incidono contemporaneamente sull’efficienza dell’organizzazione, e quindi sull’impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi. Ai fini di una corretta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all’interno dell’organizzazione, è necessario supportare l’attuazione del PTPC con strumenti formativi volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema.

• INDIVIDUAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO**Aree di rischio**

L’obiettivo della mappatura dei processi è che l’intera attività svolta dall’amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Il PNA 2019, Allegato n. 1, ha individuato le seguenti “Aree di rischio” per gli enti locali:

- contratti pubblici
- acquisizione e gestione del personale;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- incarichi e nomine
- affari legali e contenzioso

L’Autorità Nazionale Anticorruzione (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, Determinazione n. 12 del 28/10/2015 - Parte Speciale), approfondisce alcuni aspetti peculiari del settore sanità.

✓ *Contratti pubblici*

I fattori che caratterizzano il settore sanitario sono:

- a) varietà e complessità dei beni e servizi acquistati, in relazione anche alla dinamica introduzione di nuove tecnologie;
- b) varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento;
- c) condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore: in effetti, i prodotti sanitari, avendo un elevato contenuto tecnico, si prestano per la loro peculiarità, a un interesse “oggettivo” alla scelta da parte del committente/clinico. In questo contesto è utile quindi introdurre misure di prevenzione e di sicurezza che documentino le motivazioni ovvero le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di quel particolare prodotto, con assunzione delle relative responsabilità.

Al fine di governare le suddette variabili ed evitare che costituiscano fattori predisponenti il rischio di corruzione, è necessario che il tema dei contratti venga affrontato con particolare riguardo all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (quantificazione del fabbisogno), alla programmazione dell'acquisto, alla definizione delle modalità di reperimento di beni e servizi, sino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

✓ *Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio*

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente. Anche in questa area, al fine di controllare e ridurre il rischio di frode amministrativo-contabile, è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Per le Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, l'ANAC indica le ulteriori seguenti aree di rischio “specifiche”:

- attività libero professionali
- liste di attesa
- rapporti con soggetti erogatori
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

✓ *Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni*

La peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione. In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

✓ *Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero*

In relazione all'attività svolta dall'Ente, per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

La scelta di un'agenzia di onoranze funebri è completamente libera, frutto della volontà dei familiari del defunto, che contattano direttamente ed autonomamente l'agenzia prescelta; il personale dell'ente, pertanto, deve astenersi dal suggerire nominativi di imprese funebri e di procurare servizi alle stesse o di fornire agli incaricati delle agenzie di onoranze funebri qualsiasi informazione su eventuali decessi di ricoverati; la divulgazione di tali informazioni comporta responsabilità penali e disciplinari per il personale, che è tenuto agli obblighi di riservatezza relativi all'evento decesso.

Appare evidente che le misure, sia nel caso di gestione esternalizzata che internalizzata, devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

✓ *Altri Servizi*

Il presente PTPC prevede un'ulteriore area, definita “Altri servizi”, nella quale sono ordinati processi tipici, ma in genere privi di rilevanza economica e difficilmente riconducibili ad una delle aree proposte dal PNA (es. gestione del protocollo, funzionamento degli organi collegiali, istruttoria delle deliberazioni, ecc.)

La preliminare mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Analisi del rischio

L'analisi del rischio avviene sulla base dei seguenti indicatori, individuati da ANAC nell'allegato A) al PNA 2019:

1. **livello di interesse “esterno”**: la presenza di interessi rilevanti, economici o meno, e di benefici per i destinatari determina un incremento del rischio;
2. **grado di discrezionalità del decisore interno**: un processo decisionale altamente discrezionale si caratterizza per un livello di rischio maggiore rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
3. **manifestazione di eventi corruttivi in passato**: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quell'attività ha caratteristiche che rendono praticabile il malaffare;
4. **trasparenza/opacità del processo decisionale**: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, abbassa il rischio;
5. **livello di collaborazione del responsabile del processo nell'elaborazione, aggiornamento e monitoraggio del piano**: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della corruzione o, comunque, determinare una certa opacità sul reale livello di rischio;
6. **grado di attuazione delle misure di trattamento**: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore probabilità di fatti corruttivi.

Per ogni oggetto di analisi, si è proceduto alla misurazione degli indicatori di rischio, valutando rischio basso (B), rischio moderato (M), rischio alto (A).

• TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

Trasparenza

La pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, nel sito internet dell’Ente, costituisce il metodo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e dei soggetti coinvolti, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione disciplinate dal presente Piano.

Codice di comportamento

Nella G.U. n. 129 del 4 giugno 2013 è stato pubblicato il DPR n. 62 del 16 aprile 2013 “*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici*”, che definisce, ai fini dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

Le previsioni del codice sono state integrate e specificate dal Codice di Comportamento interno adottato dall’Ente.

La violazione delle disposizioni del codice, fermo restando la responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del dipendente, è fonte di responsabilità disciplinare accertata all’esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni. L’amministrazione, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all’atto di conferimento dell’incarico, consegna e fa sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia del Codice di comportamento.

Gli obblighi previsti dal Codice di comportamento sono estesi “*a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’amministrazione*”.

Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi

L’art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 disciplina la materia delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi secondo cui, in generale, i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o esercitare attività imprenditoriali.

I dipendenti delle pubbliche amministrazioni possono svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti, pubblici o privati, solo se autorizzati dall’amministrazione di appartenenza.

Tali criteri sono diretti ad evitare che i dipendenti:

- svolgano attività vietate per legge ai lavoratori della pubblica amministrazione;
- svolgano attività che li impegnino eccessivamente facendo trascurare i doveri d’ufficio;

- svolgono attività che determinano un conflitto d’interesse con l’attività lavorativa, pregiudicando l’esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Il conferimento dei predetti incarichi senza la previa autorizzazione comporta:

- per il funzionario responsabile del procedimento: infrazione disciplinare, nullità del provvedimento e il compenso previsto come corrispettivo dell’incarico è versato direttamente all’amministrazione di appartenenza del dipendente ed è destinato ad incrementare il fondo per la produttività dei dipendenti;
- il dipendente che svolge l’incarico in assenza di autorizzazione è responsabile disciplinarmente e il relativo compenso è versato, da questi o dall’erogante, nel conto dell’entrata del bilancio dell’amministrazione di appartenenza.

La tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)

L’art. 1, comma 1, della Legge 30 novembre 2017, n. 179, modifica l’art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001, e stabilisce che *“Il pubblico dipendente che, nell’interesse dell’integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all’articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all’autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L’adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all’ANAC dall’interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell’amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L’ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.”*

Inoltre, *“l’identità del segnalante non può essere rivelata. Nell’ambito del procedimento penale, l’identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall’articolo 329 del codice di procedura penale. Nell’ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l’identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell’ambito del procedimento disciplinare l’identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell’identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell’incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità”* (comma 3).

La protezione della riservatezza riguarda più aspetti, ed in particolare:

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

La formazione

La formazione, rivolta a tutti i dipendenti, assume un ruolo fondamentale nella programmazione e nella gestione del sistema di prevenzione, e riguarda l’aggiornamento delle competenze e le tematiche dell’etica e della legalità.

Sono poi definite iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono e in relazione alle aree, di rischio o meno, in cui operano.

Una formazione specifica in relazione alle aree di rischio, sui temi dell’etica e della legalità, avviene annualmente dal confronto tra RPCT, OIV e CdA, in merito all’analisi degli adempimenti previsti per legge, dalla verifica dell’adeguatezza a tali adempimenti delle soluzioni adottate.

La rotazione del personale

Stante le ridotte dimensioni dell’Ente, l’attuale dotazione organica non rende attuabile l’attuazione della rotazione del personale, sia in termini numerici, sia in termini di qualifiche ricoperte.

La rotazione non risulta praticabile altresì per le posizioni organizzative, in quanto è prevista la presenza di un’unica figura professionale.

Il rischio associato viene contrastato dalle verifiche e dei controlli su acquisti, assunzioni, incarichi, effettuati dal Consiglio di Amministrazione, al quale spettano, mediante delibera, tutte le decisioni in tal senso.

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

L’art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. 165/2001 dispone: *“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”*.

Verifica di precedenti penali in occasione dell’attribuzione di incarichi dirigenziali, di nomina di commissioni e di assegnazione agli uffici

L’art. 35 bis del D.Lgs. n° 165/2001 dispone: *“Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l’accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all’acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all’erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”.

L'art. 3 del D.Lgs. n° 39/2013, inoltre, dispone: “*A coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti:*

- a) gli incarichi amministrativi di vertice nelle amministrazioni statali, regionali e locali nonché negli enti di diritto privato in controllo pubblico;*
- b) gli incarichi di amministratore di ente pubblico, di livello nazionale, regionale e locale;*
- c) gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello nazionale, regionale e locale;*
- d) gli incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico, di livello nazionale, regionale e locale;*
- e) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale. “*

L'applicazione delle citate disposizioni comporta che la nomina deve essere preceduta dall'accertamento dei precedenti penali mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art.46 del D.P.R. N° 445/2000.

PARTE TERZA – TRASPARENZA

Trasparenza

Secondo l'articolo 1 del d.lgs. 33/2013, rinnovato dal decreto legislativo 97/2016: “c. 1) *La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.* c. 2) *La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino”.*

L'art. 6 prevede che “*Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità”.*

L'art. 7 stabilisce che “*I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico di cui all'articolo 5, sono pubblicati in formato di tipo aperto”.*

Soggetti

Il Responsabile della Trasparenza è il Consigliere, Sig. Enzo Mussi, il quale ha il compito di verificare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Tale verifica è svolta con cadenza annuale e concerne la correttezza della collocazione, la completezza, l'adeguatezza del formato e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. In caso di inottemperanza, inoltra una segnalazione al Consiglio di Amministrazione, all'Organismo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e nei casi più gravi, all'ufficio disciplinare.

Accesso civico

L'art. 5 del D.lgs 33/2013, così come modificato dal D.lgs. 97/2016 al comma 1 prevede: “*L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione” (accesso civico semplice).*

Il comma 2 dello stesso articolo 5 disciplina il cosiddetto accesso civico generalizzato: “*Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”.*

L'accesso civico, semplice o generalizzato, può essere esercitato da chiunque ed è rifiutato unicamente qualora il diniego sia necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici o privati espressamente previsti dall'art. 5-bis.

Lo scopo dell’accesso generalizzato è quello “di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

Del diritto all’accesso civico è stata data ampia informazione sul sito dell’Ente, nella sezione “Amministrazione trasparente”.

Privacy

Dal 25 maggio 2018 è in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 “relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)” (di seguito RGPD).

Inoltre, dal 19 settembre 2018, è vigente il D. Lgs. 101/2018 “*Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*”.

Il diritto alla privacy è riconosciuto come un diritto fondamentale delle persone, direttamente collegato alla tutela della dignità umana, ed è sancito anche dalla Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea.

Per dato personale si intende “qualsiasi informazione che riguardi persone, società, enti, associazioni identificati o che possano essere identificati anche attraverso altre informazioni, ad esempio, attraverso un numero o un codice identificativo. Sono dati personali: nome e cognome o denominazione; indirizzo o sede; codice fiscale; ma anche una foto, la registrazione della voce di una persona, la sua impronta digitale o vocale”. Particolare attenzione, e una maggiore protezione, sono rivolte ai dati sensibili, cioè ai dati personali che “possono rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose o di altra natura, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati o associazioni, lo stato di salute e la vita sessuale delle persone”.

Per le pubbliche amministrazioni, che sono considerate in maniera specifica da alcune disposizioni normative e da alcuni interventi del Garante, gli ambiti in materia di privacy riguardano essenzialmente due ambiti: il rispetto dei dati personali dei cittadini nella comunicazione e nella diffusione di documenti e informazioni a fini istituzionali, e il rispetto dei dati personali dei propri dipendenti.

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.

Il medesimo d.lgs. 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”.

MODELLO
PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE
(art. 54-bis del D.Lgs 165/2001)

A) Generalità di chi segnala l'illecito

Nome:	
Cognome:	
Qualifica:	
Servizio di appartenenza:	
Telefono:	
E-mail:	

B) Indicare se la segnalazione è stata inoltrata anche ad altri soggetti/autorità:

Destinatario segnalazione	Data della segnalazione	Esito della segnalazione

C) Circostanze e autori della condotta ritenuta illecita:

Luogo in cui si è verificato il fatto:	
Data/periodo in cui si è verificato il fatto:	
Soggetto che ha commesso il fatto: nome, cognome, qualifica:	
Eventuali soggetti privati coinvolti:	
Modalità con cui il soggetto segnalante è venuto a conoscenza del fatto:	
Valutazione del soggetto segnalante sulla gravità dei fatti/comportamenti oggetto di segnalazione:	<input type="checkbox"/> penalmente rilevanti <input type="checkbox"/> suscettibili ad arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico <input type="checkbox"/> poste in essere in violazione dei Codici di Comportamento o di altre disposizioni sanzionali in via disciplinare

Altre informazioni ritenute utili:	
------------------------------------	--

D) Descrizione del fatto/comportamento illecito oggetto della presente segnalazione:

--

L'autore della presente segnalazione, a mente degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000, è pienamente consapevole delle responsabilità e conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

Allega alla presente modello copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Firmato

La presente segnalazione è inviata al seguente indirizzo di posta elettronica:
casaprotettaperini@pec.it

**INFORMATIVA PER I SOGGETTI CHE SEGNALANO ILLECITI (C.D. WHISTLEBLOWERS)
AI SENSI DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

1. Trattamento dei dati personali

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (“GDPR”) ed in caso di segnalazioni effettuate in modalità non anonima, CASA PROTETTA “DR. G. PERINI” (la “Società” o il “Titolare”), in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali del soggetto che segnala illeciti (“Segnalante”) al fine di gestire le segnalazioni relative a comportamenti, atti od omissioni che, ai sensi del D. lgs. 24/2023, siano potenzialmente idonei a pregiudicare l’interesse pubblico o l’integrità della Società o comunque siano in contrasto con le policy aziendali del Titolare (“Violazioni”).

2. Scopo della presente informativa

La presente informativa permette al Segnalante di conoscere la natura dei dati personali oggetto di trattamento, le finalità e le modalità di trattamento, gli eventuali destinatari degli stessi, nonché i diritti riconosciuti in relazione al trattamento dei dati personali.

3. Finalità e legittimità del trattamento

In caso la segnalazione sia effettuata in modalità non anonima, i dati personali del Segnalante, nel rispetto degli obblighi normativi e, in particolare, nel rispetto del D.Lgs. 24/2023, saranno utilizzati per le seguenti finalità:

- a) ricezione di segnalazioni;
- b) svolgimento dell’istruttoria interna volta a verificare la fondatezza della segnalazione, anche prendendo contatti con il Segnalante al fine di raccogliere informazioni aggiuntive;
- c) qualora la segnalazione dovesse risultare fondata, adozione di sanzioni disciplinari o attivazione degli opportuni rimedi contrattuali;
- d) eventuale avvio di azioni giudiziarie nei confronti dei soggetti coinvolti;
- e) laddove la condotta segnalata configuri un reato, segnalazione degli illeciti all’Autorità Giudiziaria;
- f) compiere tutte le attività strumentali e accessorie e comunque necessarie al perseguimento delle finalità di cui sopra.

4. Natura del conferimento

Il trattamento dei dati personali è strumentale alle finalità di cui al precedente Paragrafo 3.

Il conferimento dei dati da parte del Segnalante è obbligatorio in caso di segnalazione effettuata in modalità non anonima. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta pertanto l’impossibilità di effettuare la segnalazione in modalità non anonima.

5. Base giuridica del trattamento

Il trattamento dei dati personali è effettuato dalla Società:

- a) per adempiere agli specifici obblighi di legge previsti dal D.lgs. 24/2023, ai sensi dell’art. 6, 1 c) del GDPR;
- b) in relazione al legittimo interesse della Società a reprimere eventuali illeciti o irregolarità che ledano l’integrità della Società, ai sensi dell’art. 6, 1 f) del GDPR.

6. Dati personali oggetto di trattamento

6.1 Categorie di dati oggetto di trattamento

In caso di segnalazione effettuata in modalità non anonima, saranno oggetto di trattamento i dati personali comuni del Segnalante quali i dati identificativi (nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale) e di contatto (indirizzo e-mail e numero di telefono).

Non saranno oggetto di trattamento categorie particolari di dati personali, ad esempio informazioni sull'origine razziale e/o etnica, convinzioni religiose e/o ideologiche, appartenenza sindacale o orientamento sessuale.

6.2 Eventuale trattamento di dati ulteriori rispetto alle categorie indicate

La Società potrà comunque trovarsi nella necessità di richiedere e trattare dati personali ulteriori rispetto a quelli rientranti nelle categorie di cui sopra, per le medesime finalità al precedente Paragrafo 3, qualora il conferimento di tali ulteriori dati sia:

- a) imposto da leggi, regolamenti o decisioni di autorità; e/o
- b) necessario e strumentale alla gestione ed esecuzione dell'istruttoria a seguito della segnalazione o per l'esercizio del diritto di difesa in sede giudiziaria.

7. Tempi di conservazione dei dati

I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a cinque anni decorrenti dalla data di ricezione della Segnalazione ovvero dalla conclusione degli eventuali procedimenti scaturenti dalla gestione della segnalazione.

Concluse tali attività, i dati personali saranno cancellati o resi anonimi.

8. Modalità d'uso dei dati

8.1 Il trattamento dei dati personali del Segnalante è eseguito con strumenti digitali ad opera di soggetti, interni od esterni, a ciò appositamente incaricati e vincolati alla riservatezza.

8.2 I dati sono protetti mediante misure di sicurezza volte ad evitarne l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione, in linea con quanto previsto dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali.

8.3 In particolare, in caso di segnalazione effettuata in forma scritta o orale tramite la Piattaforma Digitale utilizzata dalla Società, non vengono trattati dati relativi all'indirizzo IP del Segnalante e alla sua localizzazione.

8.4 I dati personali presenti sui moduli di segnalazione saranno trattati esclusivamente all'interno di paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo.

9. Circolazione dei dati

9.1 I dati personali del Soggetto Segnalante sono resi accessibili solo a coloro i quali, all'interno dell'organizzazione aziendale della Società e a cui sono state impartite adeguate istruzioni operative, ne abbiano necessità in ragione della propria mansione o posizione gerarchica, nonché per la corretta attività di istruttoria e gestione della Segnalazione.

9.2 I dati personali potranno essere inoltre trattati da soggetti pubblici o di controllo ai quali la Società trasmette i dati, in entrambi i casi per le sole finalità di cui al precedente Paragrafo 3.

Per maggiori informazioni sui destinatari e le categorie di destinatari ai quali sono trasmessi i dati personali è possibile scrivere a casaprotettaperini@pec.it

10. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è CASA PROTETTA “DR. G. PERINI”, con sede legale in Cortemaggiore (PC), Via San Lorenzo nella persona del suo Legale Rappresentante.

11. Esercizio dei diritti

Al ricorrere dei presupposti e nei limiti di cui alla normativa applicabile, tra cui la previsione dell’art. 2-undecies del D.Lgs. 196/2003, il Segnalante potrà esercitare i seguenti diritti in relazione al trattamento dei Suoi dati personali: (i) diritto di accesso ai dati personali e alle informazioni sul relativo trattamento; (ii) diritto di rettifica qualora i dati personali risultino imprecisi o incompleti; (iii) diritto di ottenere la cancellazione dei dati personali; (iv) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali; (v) diritto di limitazione al trattamento dei dati personali; (vi) diritto di ottenere il trasferimento dei dati personali ad altre società o organizzazioni e/o di ricevere i dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico. I suddetti diritti potranno essere esercitati rivolgendosi a casaprotettaperini@pec.it.

Qualora il Segnalante ravvisi delle irregolarità nel trattamento dei suoi dati personali, potrà sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso (www.garanteprivacy.it).

CASA PROTETTA “DR. G. PERINI”

Cortemaggiore (PC), _____