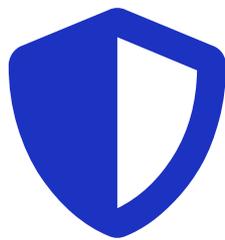

Residenza per Anziani Giuseppe Francescon



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025- 2027



Indice dei contenuti

1 Premessa	5
1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione	5
2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione	6
3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione	7
3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	7
3.2 Sottosezione di programmazione - Performance	9
3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	18
3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità	18
3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione	18
3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza	20
3.3.3.3 Trattamento del rischio	20
3.3.4 Analisi del contesto	20
3.3.4.1 Contesto esterno	21
3.3.4.2 Contesto interno	21
3.3.5 Valutazione del rischio	21
3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi	21
3.3.5.2 Analisi del rischio	21
3.3.6 Ponderazione del rischio	26
3.3.7 Trattamento del rischio - Misure	27
3.3.7.1 Misure	28
3.3.7.1.1 M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza	28
3.3.7.1.2 M02: Codici di Comportamento	29
3.3.7.1.3 M03: Informatizzazione dei processi	29
3.3.7.1.4 M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti	30
3.3.7.1.5 M05: Monitoraggio dei tempi procedurali	30
3.3.7.1.6 M06: Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi	31
3.3.7.1.7 M07: Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio	31



3.3.7.1.8 M08: Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertici	32
3.3.7.1.9 M09: Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti	33
3.3.7.1.10 M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici	33
3.3.7.1.11 M11: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving Doors)	34
3.3.7.1.12 M12: Whistleblowing	34
3.3.7.1.13 M13: Patti di integrità	34
3.3.7.1.14 M14: Formazione	35
3.3.7.1.15 M15: Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione	36
3.3.7.1.16 M16: Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	37
3.3.7.1.17 M17: Regolamenti e procedure	37
3.3.7.1.18 M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro	37
3.3.7.1.19 M19: Rotazione "straordinaria" del personale	37
3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio	39
3.3.8.1 ACQUISIZIONE GESTIONE PERSONALE	39
3.3.8.2 DECESSO OSPITE	42
3.3.8.3 GESTIONE ENTRATE E SPESE	43
3.3.8.4 PROCEDURA INGRESSO OSPITE	45
3.3.8.5 PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE LAVORI SERVIZI FORNITURE	47
3.3.9 Trasparenza e Integrità	53
3.3.9.1 Responsabili della pubblicazione, procedura di pubblicazione dei dati e obiettivi	53
3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni	53
3.3.9.3 Accesso documentale (Artt.22 e ss. Legge n.241/1990)	54
3.3.9.4 Accesso civico semplice (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	54
3.3.9.5 Accesso civico generalizzato (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	54
4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano	56
4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	56



4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile	58
4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale	59
5 Sezione 4: Monitoraggio	66



1 Premessa

1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione

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

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

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

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

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

Residenza per Anziani Giuseppe Francescon IPAB si riserva di modificare e/o integrare il Piano anche a seguito dell'emanazione delle specifiche linee guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, e/o eventuali aggiornamenti normativi.

Il presente Piano è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione con **deliberazione n. 11 del 21/03/2025** .



2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione: Residenza per Anziani Giuseppe Francescon IPAB

Sede: Borgo S. Gottardo, 44 - 30026 - Portogruaro - VE

Ulteriori sedi operative: nessuna

Codice fiscale/P.IVA: 83000250270 - 02093260277

Presidente: Pinelli Caterina

Direttore: Daniele Dal Ben

Sito web: www.residenzafrancescon.it

E-mail: scrivi@residenzafrancescon.it

PEC: entefrancescon@pec.it

Telefono: 042171329

La Residenza per anziani Giuseppe Francescon ebbe origine dalla volontà di Francescon Giuseppe fu Matteo che con testamento del 25 maggio 1867 disponeva che parte della sue sostanze venissero impiegate "... a fondare ed a sovvenire in tutti i suoi bisogni se istituita una Casa di Ricovero o beneficenza pubblica in Portogruaro...". A tali beni iniziali si aggiunsero i successivi lasciti di Furlanis cav. Riccardo Osvaldo fu Scipione e Marzinotto Giuseppe, determinando l'erezione della "Pia Opera G.Francescon" costituita con Regio Decreto del 05.09.1904 ed avente lo scopo di "dare alloggio e vitto ai poveri d'ambo i sessi del Comune e, quanto i suoi mezzi lo consentano, di accogliere, ricoverare ed assistere gratuitamente anche gli ammalati cronici del Comune." L'Istituzione è giuridicamente configurata I.P.A.B. (Istituzione Pubblica Assistenza e Beneficenza), è regolamentata da un proprio Statuto ed è amministrata da un Consiglio nominato dal Sindaco della Città di Portogruaro.

Attualmente l'Ente è autorizzato e accreditato per erogare i seguenti servizi:

- accoglienza residenziale di 114 anziani a ridotto minimo bisogno sanitario
- accoglienza residenziale di 24 anziani a maggior bisogno sanitario
- accoglienza residenziale di 4 anziani autosufficienti
- accoglienza semi residenziale di 4 anziani non autosufficienti.

Inoltre l'Ente eroga, nel territorio dell'Azienda Ulss n. 4 Veneto orientale in convenzione con l'INPS, le prestazioni domiciliari previste dal progetto Home Care Premium.



3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Per valore pubblico si intende il miglioramento del livello di benessere sociale che la Residenza crea o contribuisce a creare verso i suoi utenti, le loro famiglie, il personale e la comunità. La Residenza organizza le proprie risorse patrimoniali, economiche ed umane, nonché le proprie reti relazionali e capacità organizzative per perseguire obiettivi finalizzati a creare servizi che abbiano un significativo valore sociale e che impattino positivamente nella vita degli anziani e delle loro famiglie.

Gli obiettivi generali attesi sono riportati nello Statuto dell'Ente, che all'articolo 4 precisa che *“scopo primario dell'Ente è l'assistenza alle persone anziane in condizioni psicofisiche di autosufficienza e di non-autosufficienza [...]. Svolge, inoltre, attività di assistenza a favore di altre persone residenti nel Comune di Portogruaro, in stato di particolare bisogno, in conformità agli obiettivi ed indirizzi assunti in materia dalla Regione Veneto. [...] L'Ente può realizzare anche altre iniziative assistenziali al fine di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e la sua effettiva partecipazione alla vita comunitaria”*. La Residenza persegue questo obiettivo generale agendo all'interno del Sistema Socio Sanitario Veneto, in partnership con l'Azienda Socio Sanitaria n. 4 Veneto Orientale gestendo il centro servizi per anziani e con le istituzioni territoriali offrendo servizi territoriali alle persone fragili. Nella sua azione la Residenza opera in regime di mercato, ed in concorrenza con soggetti privati profit e non profit che gestiscono servizi analoghi nel territorio portogruarese.

La Residenza Francescon ha declinato questi obiettivi generali nella propria *mission* che *“si rivela nell'impegno costante ad assistere e valorizzare le persone anziane fragili, considerando il loro benessere come fulcro dell'agire organizzativo e operativo.*

La Residenza punta ad offrire un'assistenza altamente qualificata, attenta ai bisogni dell'ospite sia dal punto di vista sanitario che affettivo-relazionale affinché possa esser garantita la miglior qualità di vita possibile.

Il lavoro di chi vi opera è orientato alla cura globale della persona, in modo che, con la propria unicità e dignità, possa continuare ad essere protagonista di questa fase delicata della vita, non solo insieme ai propri cari, ma anche all'interno del territorio in cui vive, perché ancora capace di ricevere e di donarsi.

La Residenza si rivolge alla persona anziana rispettandone l'individualità e la libertà di azione, garantendo la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini, in un contesto di tranquillità nel quale poter mantenere e sviluppare le proprie relazioni personali, familiari e amicali.

La Residenza Francescon vuole affermarsi come luogo di incontro sociale, culturale ed educativo, uno spazio in cui è possibile generare futuro attingendo dal passato e dalla memoria personale di ogni ospite.”

Pertanto, la Residenza Francescon – pur con una natura giuridica pubblica – deve operare in condizioni di mercato e competere con soggetti giuridicamente molto diversi contendendosi la potenziale utenza che è costituita da anziani fragili e bisognosi di assistenza e cura. L'utenza è il beneficiario dell'azione della Residenza, mentre nella quasi generalità dei casi il cliente è la famiglia che si fa carico di sostenere economicamente la spesa derivante dall'accoglienza nella struttura. I servizi offerti dalla Residenza hanno un costo importante a carico della famiglia e l'attuale difficile situazione economica incide sulla sostenibilità dei servizi. La Residenza, da un lato, è impegnata quotidianamente e strategicamente nel contenimento dei costi per garantire il servizio che eroga a importi sostenibili e inferiori alla media, dall'altro, deve garantire la copertura dei costi, non avendo altre fonti di ricavo se non quelle derivanti dalle prestazioni che eroga. Gli atti di programmazione economica che l'Ente adotta, devono infatti ispirarsi al principio del pareggio del bilancio e allo stesso tempo garantire la continuità dell'attività dell'ente. Gli importi delle rette giornaliere sono stati mantenuti inalterati rispetto all'anno precedente dal Consiglio di Amministrazione con una scelta di responsabilità e attenzione verso gli anziani e le famiglie. Gli importi applicati sono sotto riportati:

Retta giornaliera per anziani accolti con impegnativa di residenzialità di Area 1 e 2	€ 65,00
Retta giornaliera per anziani accolti con impegnativa di residenzialità di Area 3	€ 66,00



Retta giornaliera per anziani paganti in proprio di Area 1 e 2	€ 88,00
Retta giornaliera per anziani paganti in proprio di Area 3	€ 93,00
Supplemento camera singola	€ 3,50
Retta giornaliera per anziani accolti in centro diurno con impegnativa di semiresidenzialità	€ 35,00
Retta giornaliera per anziani accolti in centro diurno paganti in proprio	€ 40,00
Retta giornaliera per anziani accolti autosufficienti in centro diurno	€ 30,00

Dal lato operativo, per perseguire il valore pubblico, come detto, la Residenza organizza e combina fattori diversi al fine di offrire ai propri utenti servizi caratterizzati da alta qualità e personalizzazione.

Le risorse umane sono il primo e principale fattore che la Residenza utilizza. Tali risorse possono essere dipendenti o collaboratori dell'Ente, oppure operare per conto di soggetti terzi con cui la Residenza stipula contratti di servizio. La *governance* dell'intera organizzazione è strategicamente affidata a personale dipendente, che opera, quindi, in perfetta aderenza alle linee guida dell'ente, favorendo la diffusione di una cultura organizzativa orientata ai bisogni dell'anziano. Anche il servizio infermieristico, per l'importanza e la delicatezza che lo caratterizza, è gestito con lavoratori dipendenti. Il servizio assistenziale, invece, è gestito in forma mista. I servizi alberghieri, per le competenze specifiche che richiedono sono affidati a soggetti esterni specializzati.

I servizi sono organizzati secondo un modello che vede la centralità dell'anziano, accolto in nuclei autonomi e che accolgono anziani con bisogni tendenzialmente omogenei.

Per garantire la produzione di valore pubblico e il mantenimento di questa proiezione anche in futuro, la Residenza investe continuamente anche sul proprio patrimonio indisponibile, fattore produttivo importante costituito dagli immobili, i mobili e le attrezzature necessarie a garantire l'accoglienza delle persone anziane e la capacità di rispondere ai crescenti e mutevoli bisogni delle stesse. Gli attuali programmi di investimento prevedono alcuni importanti interventi:

1. la completa ristrutturazione del Padiglione San Gottardo per realizzare 7 alloggi per anziani non autosufficienti, 3 alloggi per persone in grave disagio abitativo, un centro servizi per persone in condizione di povertà estrema e i nuovi uffici amministrativi. Si tratta di interventi importanti che consentiranno di dare risposte nuove o innovative ai bisogni della popolazione del territorio portogruarese. Dal punto di vista del valore sociale, pertanto, si tratta di un intervento ad alto impatto. La spesa complessiva dell'opera è di € 2.565.697,43 a fronte dei quali l'Ente godrà di contributi del PNRR per € 2.150.000,00;
2. la sostituzione dei letti del nucleo Betulla e degli arredi dei soggiorni dei nuclei del Padiglione al parco.



3.2 Sottosezione di programmazione - Performance

In premessa di questa sezione merita ricordare che la CIVIT (ora ANAC), con propria delibera n. 4/2010, ha chiarito, anche alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 396/1988, che le IPAB in attesa di trasformarsi in conformità al d.lgs. n. 207/2001, non essendo comprese nel novero delle amministrazioni di cui all'articolo 1 comma 2 del d.lgs. 165/2001, non rientrano nell'ambito di applicazione del d.lgs. 150/2009. Sulla base di questa interpretazione, l'Ente non ha adottato in passato il piano della performance. Tuttavia, richiamando il fatto che la stessa Commissione ribadisce che è rimessa alla valutazione delle singole Istituzioni l'opportunità di adeguare i controlli esistenti ai principi del d.lgs. n. 150/2009 e tenuto conto dell'importanza del PIAO quale documento di integrazione e trasparenza, in sede di prima approvazione si era provveduto a redigere una prima stesura del documento nel Piano della performance 2022-2024, che con questo documento si aggiorna per il triennio 2025-2027 con l'obiettivo di migliorarlo ulteriormente nei contenuti e nel metodo nel corso dell'anno corrente.

1. ANALISI DEL CONTESTO

1.1. Analisi del Contesto Esterno

Il modello Veneto di Welfare è stato fortemente orientato all'integrazione delle politiche sociali e sanitarie e all'integrazione tra l'offerta pubblica e privata di servizi. La Regione Veneto ha consolidato negli anni una propria strategia di integrazione, delegando una parte delle funzioni socio-sanitarie alle Aziende Ulss e lasciando ai Comuni la facoltà di ulteriori deleghe di gestione, fino al conferimento complessivo di tutte le attività di interesse sociale e sanitario. Recentemente, tuttavia, la Regione ha approvato un'importante riforma, istituendo gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che diventeranno il fulcro della programmazione, pianificazione, coordinamento e gestione della funzione socio assistenziale nei territori.

Con riferimento, in particolare, alle persone anziane, la Regione Veneto, per far fronte ai molteplici e complessi bisogni in campo, ha sviluppato un sistema organico di servizi. Il perno di questo sistema è l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari nel quadro di precisi requisiti di accreditamento che devono essere posseduti e rispettati dai soggetti che si candidano a gestire unità di offerta in risposta ai bisogni della non autosufficienza. Questo sistema integrato di servizi sociali e sanitari costituisce la Rete dei Servizi a favore delle persone anziane.

Già da molti anni, tuttavia, il settore dell'assistenza agli anziani soffre di una sempre maggiore richiesta di servizi sanitari a fronte di risorse e disponibilità quasi invariate ed è caratterizzato da una domanda di residenzialità superiore alla disponibilità di posti letto. Tale situazione si riversa negativamente sugli anziani e sulle loro famiglie, chiamate, da un lato, a sostenere costi di assistenza sempre maggiori, dall'altra ad affrontare la difficoltà di trovare risposta ai propri bisogni. In questo quadro, le strutture residenziali si trovano a dover gestire gli aumenti dei costi del personale, delle materie prime e dei servizi a fronte di una contribuzione pubblica inadeguata e dell'impossibilità di scaricare tutti i maggiori costi sull'utenza. Da ultimo, il territorio dell'Aulss n. 4 Veneto Orientale è caratterizzato da un sottofinanziamento del Fondo per la Non Autosufficienza, se paragonato a quello di altri territori veneti. Questo rappresenta una penalizzazione per i cittadini del territorio che hanno meno opportunità di accedere ai servizi con impegnativa di residenzialità e, per i soggetti gestori, minore possibilità di accedere a risorse pubbliche.

Questo quadro di sistema rende il raggiungimento degli obiettivi di qualità e, contemporaneamente, il raggiungimento del pareggio di bilancio una sfida permanente, che permea tutte le scelte di gestione. In particolare si segnala, che le recenti riforme regionali (DGR 996/2023, 1720/2023 e 465/2024) da un lato hanno incrementato il Fondo Regionale per la non Autosufficienza, dall'altro hanno reso incerto il meccanismo di attribuzione delle risorse. Inoltre, negli ultimi anni, nel territorio dell'Azienda Ulss n. 4 c'è stato un aumento dei posti letto residenziali cui non è seguito un aumento della dotazione di risorse economiche. Quindi, le strutture come la Residenza Francescon si trovano a competere per l'assegnazione di risorse sempre più scarse, spesso in condizioni di gestione impari: basti pensare ai minori costi di gestione del personale e alle agevolazioni fiscali godute esclusivamente dai privati. Si annota, inoltre, la progressiva sanitizzazione delle strutture per anziani, chiamate sempre di più ad erogare servizi sanitari e riabilitativi senza corrispondente incremento dei contributi pubblici.

Il Piano Socio Sanitario Regionale

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 – tuttora vigente – è stato approvato con L.R. n. 48 del 28/12/2018. Il Piano persegue, tra gli altri, l'obiettivo di riqualificazione del posizionamento dei Centri di Servizi pubblici nella rete assistenziale al fine di aprirli al territorio integrandoli e rendendoli punto di riferimento della comunità locale nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.



Nell'ambito della programmazione locale dovrà essere considerata la possibilità di riconversione e diversificazione della gamma delle prestazioni da essi erogabili: dalla residenzialità alla domiciliarietà, qualificando, in termini di presa in carico, l'attuale sistema delle impegnative di cura domiciliari con la possibilità di destinarle all'acquisto di prestazioni dai medesimi Centri di Servizi.

In tale contesto, il Piano riporta che assume valenza strategica la riforma del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.), mediante la loro trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (A.P.S.P.), con le seguenti finalità, volte a garantire la modernizzazione, la riqualificazione, l'efficienza e la sostenibilità nel tempo dell'intero sistema delle nuove A.P.S.P.:

- prevedere la costituzione delle nuove A.P.S.P. mediante la fusione e/o l'aggregazione delle IPAB preesistenti su base distrettuale, anche mediante percorsi intermedi di adeguamento graduale al nuovo assetto organizzativo;
- riqualificare il ruolo tecnico dei Direttori degli enti, anche mediante la costituzione di elenchi di candidati professionalmente idonei a ricoprire tali incarichi;
- valorizzare il ruolo dei nuovi enti A.P.S.P. qualificandoli come soggetti della programmazione regionale e della programmazione locale ed identificandoli quali partner privilegiati nei processi di razionalizzazione dell'offerta sociale, socio-sanitaria e sanitaria;
- prevedere una gestione del patrimonio non strumentale, anche separata da quella relativa al core business, secondo criteri di massima redditività, nonché ai fini della costituzione di un fondo di garanzia, quale strumento per la riduzione dei costi di indebitamento e/o di ristrutturazione delle complessive esposizioni debitorie delle A.P.S.P., con criteri di accesso ai benefici del fondo rapportati ai conferimenti effettuati.

La riforma delle IPAB, pur ripetutamente annunciata, non è ancora stata adottata dal legislatore regionale.

Dal punto di vista demografico l'Italia detiene – nel confronto europeo - un primato demografico poco lusinghiero: oltre ad avere tra i più bassi livelli di fecondità si distingue per la più alta incidenza di popolazione anziana (22,6% vs il 19,4% in Europa), tanto che assieme alla Francia detiene il record del maggior numero di ultracentenari. Lo squilibrio generazionale in Italia ha raggiunto dimensioni tali che il numero di nati è sceso sotto quello degli ottantenni. Le previsioni indicano un ulteriore inasprimento del processo di invecchiamento della popolazione per i prossimi decenni. Oggi nella Regione Veneto il 22,6% della popolazione ha più di 65 anni, ma si stima che la percentuale di anziani supererà il 30% già dal 2033. Gli 80enni sono 38.681, oltre 2mila in più dei nati e gli ultracentenari sono 1.196. L'invecchiamento complessivo della popolazione è dovuto all'effetto combinato dell'aumento della speranza di vita in un contesto di bassa natalità. La speranza di vita infatti continua a crescere: in Veneto nel 2017 è di 83,4 anni, mentre la media italiana è di 82,7 anni. Più che ai singoli contingenti di popolazione occorre, dunque, prestare attenzione soprattutto agli squilibri generazionali: la bassa natalità assottiglia le generazioni più giovani mentre la popolazione anziana ingrossa le sue fila. Lo squilibrio tra generazioni comporta serie criticità nella sostenibilità sociale ed economica. È quindi il rapporto tra queste due tendenze che occorre invertire, investendo in qualità di vita dei giovani e puntando a ristrutturare il loro futuro.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, con particolare riferimento alle demenze, richiede di far fronte ai diversi bisogni di cura ed assistenza attraverso modelli di presa in carico che si devono confrontare non più con i luoghi di cura legati alla singola patologia, ma con la complessità della multimorbilità. Per questo il modello di presa in carico della cronicità per intensità di cura ed assistenza è finalizzato ad assicurare una presa in carico multiprofessionale ai pazienti con cronicità complessa ed avanzata, compresi i pazienti affetti da decadimento cognitivo associato a disturbi del comportamento. Sono pazienti per i quali ci si deve far carico in modo coordinato e continuativo e con appropriatezza. Il modello della rete di sostegno agli anziani con patologie croniche, declino cognitivo e demenze dovrebbe puntare al superamento della frammentarietà delle cure semplificando i percorsi e assicurando un accesso continuativo ai servizi. Occorre perciò evitare interventi basati sul bisogno emergente, e prevenire ricoveri ripetuti che si associano in questi pazienti a ulteriore perdita di autonomia. I pazienti affetti da demenza moderata-grave richiedono assistenza e sorveglianza continuative, la comparsa dei disturbi del comportamento che si associano al decadimento cognitivo nel 50-75% dei casi, complicano ulteriormente la gestione e costituiscono la principale causa di burn-out del caregiver e la richiesta di istituzionalizzazione.

Per tale ragione la Regione del Veneto ritiene opportuno potenziare la rete dei servizi territoriali per le demenze, nella quale vanno ricercate soluzioni intermedie tra la rete familiare e la residenzialità definitiva in struttura extraospedaliera, potenziando ed adattando alle esigenze delle famiglie una gamma di offerte complementari, "intermedie" ed integrate quali:

- definizione della figura del care manager,
- empowerment dei caregiver,



- condivisione di care giver familiari (badanti),
- centri sollievo (diurni),
- centri diurni sociosanitari,
- ospitalità residenziale per sollievo,
- residenzialità temporanea finalizzata alla gestione del disturbo del comportamento e alla gestione clinica della complessità della persona con demenza (SAPA o nuclei dedicati alle demenze all'interno dei Centri di servizi),
- gestione del fine vita delle persone con demenza,
- accoglienza residenziale di utenti con particolari complessità ed elevata intensità assistenziali (SVP, SLA e Sclerosi multipla).

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche del contesto territoriale di riferimento per il nostro Ente, ovvero quello dell'AULSS 4, si rileva, come peraltro a livello nazionale, un continuo processo di invecchiamento della popolazione. Guardando il piano di zona 2011 – 2015 (ultimo disponibile), prorogato fino al 31.12.2019 e con riferimento alla ripianificazione per l'anno 2019, il distretto unico ha un ambito territoriale di 21 comuni con una popolazione stimata di 215.529 abitanti, di cui 43.176 over 65. Rilevando l'indice di vecchiaia della popolazione, si legge il costante aumento della popolazione anziana e il correlato fenomeno di crescita della condizione di non autosufficienza che fa registrare un aumento di domanda di salute e di protezione sociale accompagnata da una maggiore richiesta qualitativa e quantitativa di servizi sociali, socio sanitari e sanitari, sia a carattere domiciliare che semiresidenziale e residenziale. È evidente che quanto maggiore è il valore dell'indice di vecchiaia, tanto più elevato è il grado di invecchiamento della popolazione considerata.

1.2. Analisi del contesto interno

Negli ultimi anni l'Ente è stato interessato da significativi cambiamenti, alcuni in risposta a cambiamenti esterni, altri originati da precise scelte interne di organizzazione.

La pandemia da Covid-19 e tutte le limitazioni che si sono succedute hanno inciso in modo importante nell'organizzazione di tutte le strutture per anziani, costringendole a ripensarsi e a rivedere le consolidate modalità di erogazione dei servizi di assistenza e cura. La grave e permanente carenza di personale socio sanitario che sta caratterizzando gli ultimi anni, poi, è un altro fattore esterno che sta influenzando molto l'organizzazione. La Residenza Francescon, dopo un biennio 2021-2022 caratterizzato dalla drammatica carenza di infermieri, ha investito risorse umane ed economiche significative riuscendo ad ottenere, nel biennio successivo, una condizione di soddisfazione e di stabilità del gruppo infermieristico. Più complessa è, invece, la situazione degli operatori socio sanitari, figura gravemente carente in tutta la Regione. La carenza si accompagna ad una ridotta qualità professionale delle risorse disponibili nel mercato del lavoro: per far fronte a queste situazioni la Residenza è costantemente impegnata nella formazione e nell'accompagnamento delle nuove figure assistenziali inserite nell'organizzazione.

Dal punto di vista interno, inoltre, per rispondere ai cambiamenti dettati dal contesto e per mettere la Residenza in condizioni di reagire, sono state adottate una serie di scelte organizzative e strategiche con l'obiettivo di consentire alla Francescon di guardare al futuro dei servizi nel territorio con un ruolo di player principale. In particolare l'Ente ha adottato alcuni importanti atti di riorganizzazione interna e ha definito un masterplan relativo allo sviluppo futuro della struttura e, conseguentemente, dei servizi.

La situazione di dipendenti e collaboratori, al 31 dicembre, è la seguente:

- 63 dipendenti totali
- 2 lavoratori somministrati
- 5 collaboratori esterni
- 33 lavoratori dipendenti della Cooperativa che gestisce parte dei servizi assistenziali
- 15 lavoratori dipendenti dei soggetti che gestiscono i servizi alberghieri

Il valore della produzione e i risultati di bilancio nell'ultimo quinquennio, che sotto si riportano, hanno avuto un andamento che risente molto dei fattori esterni ed in particolare del tasso di occupazione dell'hospice, delle limitazioni imposte dalla pandemia e da ultimo della grave crisi energetica:

esercizio	valore della produzione	risultato d'esercizio
2017	€ 5.740.498	€ 100.368
2018	€ 6.027.991	€ 20.074



2019	€ 5.944.997	€ 54.168
2020	€ 5.478.022	€ - 432.741
2021	€ 5.732.328	€ 163.881
2022	€ 5.745.562	€ - 101.287
2023	€ 6.379.618	€ - 94.795

2 IDENTITÀ

2.1 Capacità ricettiva e servizi

La Residenza per anziani Giuseppe Francescon occupa due padiglioni (al parco e Santo Stefano) che fanno parte del compendio immobiliare sito in Borgo San Gottardo a Portogruaro. È organizzata in cinque nuclei funzionali (Quercia, Betulla, Melograno, Acero e Ciliegio) e può accogliere in regime residenziale 138 anziani non autosufficienti e 4 anziani autosufficienti. Oltre ai servizi residenziali offerti dai nuclei citati, la Residenza comprende anche un centro diurno per 4 anziani non autosufficienti, in attesa di autorizzazione e accreditamento per aumentare la capacità di ulteriori 12 posti. Al terzo piano del Padiglione Santo Stefano è autorizzato un Ospedale di Comunità con una capacità ricettiva di 20 posti letto, in attesa di accreditamento istituzionale (già richiesto).

Coerentemente con la programmazione locale in materia di residenzialità extraospedaliera, tali servizi sono autorizzati all'esercizio e accreditati come segue:

con decreto dirigenziale dell'Azienda Zero n. 30 del 03.02.2021 sono stati autorizzati:

- 114 posti letto per anziani non autosufficienti di 1° livello
- 24 posti letto per anziani non autosufficienti di 2° livello
- 4 posti in centro diurno per anziani non autosufficienti

con Delibera di Giunta Regionale n. 548 del 09.05.2023 sono stati accreditati:

- 114 posti letto per anziani non autosufficienti di 1° livello
- 24 posti letto per anziani non autosufficienti di 2° livello
- 4 posti in centro diurno per anziani non autosufficienti

Con provvedimento del Comune di Portogruaro prot. n. 19324 del 23.04.2021 sono stati autorizzati 4 posti letto per anziani autosufficienti

2.2 Mission

La Mission della Residenza Francescon si rivela nell'impegno costante ad assistere e valorizzare le persone anziane fragili, considerando il loro benessere come fulcro dell'agire organizzativo e operativo.

La Residenza punta ad offrire un'assistenza altamente qualificata, attenta ai bisogni dell'ospite sia dal punto di vista sanitario che affettivo-relazionale affinché possa esser garantita la miglior qualità di vita possibile.

Il lavoro di chi vi opera è orientato alla cura globale della persona, in modo che, con la propria unicità e dignità, possa continuare ad essere protagonista di questa fase delicata della vita, non solo insieme ai propri cari, ma anche all'interno del territorio in cui vive, perché ancora capace di ricevere e di donarsi.

La Residenza si rivolge alla persona anziana rispettandone l'individualità e la libertà di azione, garantendo la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini, in un contesto di tranquillità nel quale poter mantenere e sviluppare le proprie relazioni personali, familiari e amicali.

La Residenza Francescon vuole affermarsi come luogo di incontro sociale, culturale ed educativo, uno spazio in cui è possibile generare futuro attingendo dal passato e dalla memoria personale di ogni ospite.

3. OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici della Residenza sono i seguenti:



1. ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITA'

Il 30 dicembre scorso la Giunta Regionale del Veneto ha aumentato le tariffe giornaliere riconosciute ai gestori di ospedali di comunità di 17,00 €, passando da 145,00 € a 162,00 €.

Questo importante aumento tariffario rende sostenibile la gestione del servizio, pertanto, il Consiglio di Amministrazione ritiene strategica l'attivazione dell'unità di offerta ospedale di comunità presso la Residenza Francescon a far data dal 1° settembre prossimo.

Differentemente da quanto già previsto in altri documenti del Consiglio di Amministrazione, la nuova tariffazione ha consentito di superare il modello della gestione totalmente esternalizzata per orientarlo, invece, verso una gestione mista.

L'obiettivo strategico dell'attivazione dell'ospedale di comunità, pertanto, si declina in importanti sub obiettivi che vengono sotto riportati per ambiti:

A. Ambito delle risorse umane:

1. stipula di una convenzione / accordo contrattuale con l'Azienda Ulss n. 4 per la gestione dei servizi di Direttore Sanitario, Responsabile Clinico e Medico dell'ospedale di comunità. Per compensare tali servizi, la convenzione potrà prevedere una riduzione della tariffa giornaliera riconosciuta rispetto a quella prevista dalla DGR n. 1563 del 30.12.2024 ovvero la corresponsione di importo sulla base delle ore di servizio prestate o delle giornate di presenza di pazienti.
2. individuazione e organizzazione del servizio di coordinamento e *case management* come previsto dalla normativa vigente;
3. organizzazione del servizio infermieristico a gestione diretta (con personale dipendente ovvero avvalendosi di liberi professionisti / fornitori qualificati) sulla base degli standard previsti dalla vigente normativa regionale. Questo sub obiettivo comprende l'assunzione di personale infermieristico sulla base del piano occupazionale e/o l'individuazione di liberi professionisti da dedicare al servizio;
4. affidamento ad un operatore economico qualificato – secondo le procedure previste dal Codice dei contratti – del servizio di assistenza socio sanitaria sulla base degli standard previsti dalla vigente normativa regionale;
5. organizzazione del servizio di riabilitazione avvalendosi di personale dipendente ovvero di liberi professionisti, sulla base degli standard previsti dalla vigente normativa regionale.

B. Ambito organizzativo:

1. adempiere alle prescrizioni rilasciate in sede di autorizzazione all'esercizio;
2. adempiere alle prescrizioni che verranno rilasciate con l'atto di accreditamento. Si ricorda, infatti, che le visite di verifica relative ad entrambi gli iter si sono svolte – naturalmente – in assenza di attività e che, pertanto, alcuni requisiti non hanno potuto essere verificati (per es. dotazione adeguata di personale, procedure cliniche, ecc...);
3. estendere i contratti di appalto per i servizi alberghieri (ristorazione, lavanderia e pulizie). Tali estensioni – da adottarsi nel rispetto delle norme previste dal Codice dei contratti – dovranno assicurare l'adeguamento delle caratteristiche di tali servizi al carattere sanitario del servizio.

C. Ambito dotazione attrezzature e arredi:

1. acquistare gli arredi per completare la dotazione dell'unità di offerta per i 20 posti letto (letti ospedalieri, comodini e altri arredi ritenuti necessari);
2. verificare e adeguare l'impianto di ossigeno al fine di garantire adeguata portata per i volumi che potrebbero essere richiesti dal servizio;
3. dotare il servizio di un ECG in grado di collegarsi da remoto con l'Azienda Ulss per la refertazione;
4. dotare l'unità di offerta di aspiratori portatili per sopperire all'assenza di un impianto centralizzato di vuoto;
5. acquistare e rendere disponibili nell'ospedale di comunità un sollevatore per pazienti e una sedia doccia;
6. acquistare quant'altro ritenuto necessario al corretto avvio del servizio.

D. Ambito contabile: creare un centro di responsabilità dedicato all'unità di offerta Ospedale di Comunità definendo criteri di attribuzione dei costi diretti e indiretti.

E. Ambito istituzionale: si ritiene che, in vista dell'attivazione del servizio il 1° settembre e dell'importanza che lo stesso riveste per l'intero territorio portogruarese, sia importante integrare l'obiettivo con l'organizzazione di una formale inaugurazione da



svolgersi nel mese di luglio.

2. PNRR: REALIZZAZIONE LAVORI

L'Ente è soggetto attuatore di tre distinti progetti finanziati con fondi PNRR che si sostanziano, alla Residenza Francescon, con la ristrutturazione del Padiglione San Gottardo per l'attivazione di servizi ad anziani non autosufficienti, persone in stato di disagio abitativo e soggetti in grave povertà.

Nel corso del mese di marzo 2025 – dopo l'approvazione del progetto esecutivo da parte del CdA – è stata consegnata alla ditta aggiudicataria l'area di cantiere e sono stati avviati i lavori. Va ricordato che l'impresa con cui si è stipulato il contratto a seguito della gara d'appalto gestita dalla Città Metropolitana di Venezia è già stata messa in mora dall'Ente per il ritardo sui tempi di consegna del progetto esecutivo.

Per il 2025 è individuato quale obiettivo strategico la realizzazione dei lavori nei tempi contrattuali oltre che l'acquisto degli arredi per assicurare l'avvio dei servizi nel rispetto dei tempi previsti dal PNRR.

Questo obiettivo si compone di sub obiettivi:

- A. monitoraggio dell'andamento dei lavori per verificare il rispetto dei tempi previsti nel cronoprogramma e coerenti con le tempistiche PNRR;
- B. assicurare il caricamento nelle piattaforme delle rendicontazioni periodiche relative all'andamento delle opere secondo le indicazioni ministeriali e del Comune di Portogruaro (ente capofila dei progetti finanziati) al fine di ottenere il pagamento delle *tranche* del finanziamento secondo l'avanzamento dei lavori;
- C. coordinare l'attività della Direzione Lavori e dei collaudatori tecnico amministrativi al fine di abbreviare i tempi di conclusione del procedimento;
- D. progettazione delle soluzioni di arredo che meglio rispondano ai bisogni dei servizi da attivare e della relativa utenza con successiva individuazione degli operatori economici cui affidare la fornitura con le modalità previste dal Codice dei contratti.

3. MONITORAGGIO DELLA SITUAZIONE FINANZIARIA

La realizzazione dei lavori prevista nel punto precedente e la loro liquidazione potrebbe comportare uno squilibrio finanziario per l'Ente. Potrebbe, infatti, esservi un disallineamento tra il pagamento degli anticipi contrattualmente previsti e degli Stati di Avanzamento dei Lavori (SAL) tali da comportare la necessità di utilizzare l'anticipo di tesoreria.

Per questo si pone l'obiettivo di garantire un monitoraggio mensile del *cash flow* affiancato alla previsione di breve medio termine relativa ai flussi di cassa in entrata ed in uscita.

4. MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO DEL BILANCIO

La scelta di non aumentare gli importi delle rette, le incertezze derivanti dall'interpretazione della DGR 465/2024 nonché le spese connesse all'avviamento dell'ospedale di comunità potrebbero generare delle criticità di bilancio con uno scompensamento tra costi e ricavi.

Per questo si ritiene importante monitorare periodicamente l'andamento del bilancio con l'elaborazione e la valutazione di bilanci infrannuali.

Si pone l'obiettivo di valutare almeno tre bilanci infrannuali nel corso del 2025.

5. SERVIZIO DI RISTORAZIONE: RIATTIVAZIONE DEL CENTRO COTTURA



Il servizio di ristorazione è storicamente esternalizzato a operatori economici specializzati nel settore. Nel corso del 2024, anche a causa dei lavori di ristrutturazione e ampliamento – è stata sperimentata la veicolazione dei pasti da altro centro cottura. Nel breve periodo questa soluzione ha garantito un miglioramento della qualità percepita dei pasti da parte degli anziani residenti, ma nel lungo periodo non ha completamente soddisfatto l'Ente. È, infatti, convinzione del Consiglio di amministrazione che sia importante che i pasti destinati agli anziani residenti siano prodotti presso la cucina interna.

Si pone, pertanto, l'obiettivo di assicurare la riapertura del centro cottura, specificando che la selezione del fornitore – che dovrà essere fatta nel rispetto del vigente Codice dei contratti – assicuri:

- A. alta qualità dei pasti forniti agli anziani residenti;
- B. flessibilità nella gestione per rispondere alle molteplici esigenze della struttura;
- C. l'onere di ammodernare il centro cottura sostituendo attrezzature e impianti a carico del fornitore;
- D. l'impegno da parte dell'appaltatore a potenziare l'utilizzo della cucina producendo pasti per l'esterno (altre strutture, pasti domiciliari, ristorazione scolastica, ecc...) in modo che tale gestione possa contribuire a sostenere il costo degli investimenti.

6. ACQUISTO ARREDI E ATTREZZATURE

La Residenza è una realtà viva che necessita di continua attenzione al fine di garantire la completa funzionalità e rispondenza ai bisogni di arredi e attrezzature.

Per questo, si considera, per il 2025, obiettivo strategico, quello di realizzare il piano di acquisti finalizzato all'avvio dell'ospedale di comunità nonché al mantenimento della qualità e della funzionalità degli arredi dei nuclei.

In particolare:

- A. assicurare, per l'ospedale di comunità, l'acquisto di n. 20 letti ospedalieri, n. 10 comodini, un sollevatore, una sedia doccia, un ECG e quant'altro necessario per l'avvio;
- B. acquistare 25 letti per sostituire quelli in uso presso il nucleo Betulla. I letti che verranno acquistati dovranno rispondere alle esigenze specifiche degli utenti con patologie dementigene e disturbi del comportamento, nonché essere adeguati esteticamente per allinearsi con gli arredi già installati presso le camere;
- C. garantire l'acquisto di attrezzature previste dal servizio fisioterapico per assicurare la corretta movimentazione degli anziani. A tal proposito merita ricordare che l'interpretazione ristrettiva che l'Aulss ha adottato sui contenuti dell'accordo contrattuale vigente, impone alla Residenza l'acquisto di carrozzine e seggioloni non personalizzati con importante onere a carico dell'Ente;
- D. progettare una nuova organizzazione degli arredi dei saloni dei nuclei del padiglione al parco in modo da garantire una maggiore flessibilità, rispondendo nel contempo ai bisogni caratteristici degli anziani accolti nei nuclei.

In corso d'anno potranno rendersi necessari altri acquisti di attrezzature in sostituzione o ad integrazione di quelle esistenti.

7. PERSONALE PROMOTORE DELLA QUALITÀ DI VITA DELL'ANZIANO

L'obiettivo strategico dell'Ente è superare l'idea di pratica organizzativa del personale per orientarsi verso una gestione del personale che valorizzi ciascun operatore, la sua intraprendenza e iniziativa nonché il contributo che può fornire al miglioramento dei servizi. Si tratta, pertanto, di tentare di superare le rigidità dell'organizzazione burocratica immaginando un lavoro realmente centrato sui bisogni della persona anziana e nel quale l'operatore sanitario è promotore della qualità di vita dell'anziano.

8. PROMOZIONE INIZIATIVE E SERVIZI A FAVORE DEGLI ANZIANI PORTOGRUARESÌ



La Residenza Francescon è storicamente attenta ai bisogni degli anziani del e nel territorio. Grazie all'impegno e alla rete creata, l'Ente ha ottenuto delle risorse da spendere in servizi domiciliari innovativi:

- Progetto InsiemeMi
- Progetto SFERA
- Progetto Vieni in Centro
- Progetto CrossCare 2.0

Altri progetti sono finanziati direttamente con risorse proprie (evento per la giornata mondiale dell'Alzheimer e Cafè Alzheimer). Nel corso del 2024, è stato, inoltre, sottoscritto il Patto per una Comunità amica della persona anziana, proposto dalla Residenza e cui hanno aderito il Comune di Portogruaro e nove associazioni del territorio. Inoltre, nel mese di gennaio 2025 è stato firmato l'accordo con il Comune di Portogruaro e l'APS Pertini per l'utilizzo degli spazi del Centro Pertini per la realizzazione degli obiettivi del Patto di comunità e del Progetto InsiemeMi. Infine, recentemente, è stato approvato lo schema di convenzione finalizzato a disciplinare i rapporti tra l'Ente e le Associazioni che hanno sottoscritto il Patto di comunità e che intendono promuovere iniziative di invecchiamento attivo e socializzazione presso il Centro Pertini ovvero nel territorio ma coerenti con le finalità del progetto InsiemeMi. La Residenza è, quindi, al centro di una rete di relazioni importanti con diversi soggetti istituzionali e associativi che concorrono a rispondere ai bisogni della popolazione anziana del territorio. Questa "centralità" è il frutto di anni di attività condivisa che ha consentito, davvero, di attrarre anche risorse extra istituzionali che hanno consentito di finanziare progetti innovativi.

Si ritiene strategico, per il futuro, continuare a promuovere l'attività della Residenza nel territorio, che contribuisce, peraltro, a rendere l'Ente un soggetto aperto e visibile.

Il progetto CrossCare 2.0 cesserà nel mese di giugno, mentre gli altri progetti finanziati con la donazione in memoria di Giovanna Maccaferri proseguiranno.

- A. Progetto InsiemeMi: si tratta del progetto più importante per dotazione economica e innovativo, promosso dalla Residenza a Portogruaro. La sottoscrizione del Patto di comunità ha consentito di dare nuovo impulso al progetto. Si ritiene, pertanto, strategico proseguire l'attività avviata dando visibilità dei risultati raggiunti;
- B. Progetto SFERA: il progetto terminerà, per esaurimento dei fondi, nella seconda metà dell'anno. Il servizio – destinato alla presa in carico a domicilio di anziani con demenza e dei propri *care givers* – è molto apprezzato dai beneficiari. Ritenendo che l'esperienza avviata sia stata importante e abbia fornito importanti risposte ai bisogni emergenti, si ritiene strategico individuare nuove fonti di finanziamento da soggetti pubblici o privati;
- C. Progetto Vieni in centro: il progetto ha un valore strategico per l'Ente e la popolazione anziana portogruarese. I fondi della donazione, tuttavia, non sono ancora stati utilizzati. Si ritiene che nel corso dell'anno 2025 debba essere definita una progettualità, condivisa dall'Amministrazione Comunale e coprogettata con realtà del terzo settore, per avviare un innovativo centro di aggregazione e socializzazione per anziani.

9. GIARDINO SENSORIALE

La recente inaugurazione del *Listòn* ha reso evidente anche la necessità di intervenire sulla corte interna. Si ritiene importante realizzare in quello spazio un giardino sensoriale con percorsi di stimolazione visiva e olfattiva per gli anziani. Questo intervento completerebbe i lavori di ampliamento appena conclusi e contribuirebbe a qualificare uno spazio che finora è stato poco valorizzato. In considerazione, tuttavia, delle ridotte risorse a disposizione si ritiene strategico coinvolgere la comunità e potenziali donatori per poter realizzare l'intervento.

3.1 Obiettivi al Segretario Direttore

Gli obiettivi affidati al Segretario Direttore vanno necessariamente raccordati con quelli che lo stesso assegnerà con propri atti a tutti gli uffici e servizi dell'Ente che sono da considerarsi, comunque, inseriti integralmente nel piano triennale della performance. Non va, ovviamente, dimenticato, ai fini della valutazione del carico, che la Direzione svolge comunque il ruolo di RUP di tutti i procedimenti, responsabile del personale, datore di lavoro ai fini della della sicurezza, responsabile della privacy, responsabile dell'anticorruzione e trasparenza (RPCT), responsabile dell'accesso ai dati e documenti, presidente della delegazione trattante con le OO.SS./RSU,



responsabile dell'ufficio disciplinare, presidente delle varie commissioni di concorso e di gara.

Gli obiettivi assegnati al Segretario Direttore per l'anno in corso sono:

1. Attivazione dell'ospedale di comunità (ad eccezione del punto A.1)
2. PNRR: realizzazione dei lavori
3. Monitoraggio della situazione finanziaria
4. Monitoraggio dell'andamento del bilancio
5. Servizio di ristorazione: riattivazione centro cottura
6. Acquisto arredi e attrezzature
7. Personale promotore della qualità di vita dell'anziano
8. Promozione iniziative e servizi a favore degli anziani portogruaresi (ad eccezione del punto B)

4. OBIETTIVO MIGLIORAMENTO DI BILANCIO

Con deliberazione n. 7 del 21.02.2025 il Consiglio di Amministrazione della Residenza Francescon ha approvato il Bilancio economico di previsione esercizio 2025 ed il bilancio triennale 2025 – 2027. I principali indirizzi di budget possono così riassumersi:

- importo rette di accoglienza anno 2025 invariate;
- mantenimento dell'attuale qualità del servizio, prevedendo quindi una sostanziale conferma dell'assetto organizzativo e del personale attuale.

Obiettivo per l'anno 2025 è chiudere il bilancio con un avanzo di amministrazione.

5. IL PROCESSO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

5.1. Fasi, soggetti e tempi

Periodicamente il Direttore verifica insieme ai Responsabili di Area l'andamento degli obiettivi e discute i risultati del report economico-finanziario, che vengono portati all'attenzione del CDA appena disponibili.

5.2. Coerenza con il bilancio

5.2.1 Direttive Generali

Al Segretario Direttore spetta la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa del Bilancio economico di previsione annuale, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano la Residenza verso l'esterno, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo (Art. 4, comma 2, del D.Lgs. 165/2001 – Statuto e Regolamento di Amministrazione). Il Segretario Direttore è in particolar modo responsabile:

1. del risultato dell'attività svolta dai vari servizi dell'Ente ferma la responsabilità individuale di ogni singolo dipendente;
2. della realizzazione degli obiettivi e dei programmi dell'Ente come precedentemente individuati;
3. della gestione di tutto il personale sulla base della vigente dotazione organica compreso il personale assunto a tempo determinato o in convenzione.

Al Segretario Direttore viene, inoltre, riconosciuta ampia autonomia di intervento in ordine a tutti gli aspetti legati alla sicurezza sui posti di lavoro essendo allo stesso stata attribuita la qualifica di "datore di lavoro" in conformità alle vigenti disposizioni di legge.

5.2.2 Assegnazione del budget

Per il perseguimento degli obiettivi sin qui delineati sono state attribuite al Segretario Direttore le sottoindicate quote di Bilancio per la gestione complessiva delle risorse durante l'anno 2025, come bilancio economico annuale di previsione approvato con deliberazione n. 7 del 21.02.2025:

B. Costi della produzione

6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	€	142.640
7) Costi per servizi	€	3.617.809
9) Costi del personale		
a) salari e stipendi	€	1.752.633
b) oneri sociali	€	481.633
c) Irap metodo retributivo	€	70.218
10) Ammortamento e svalutazioni	€	534.481
14) Oneri diversi di gestione	€	42.457
22) Imposte correnti	€	8.100



3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità

All'interno della cornice giuridica e metodologica prevista dalla normativa di settore e dal PNA, la presente sezione descrive e illustra la progettazione e l'attuazione del processo di prevenzione e gestione del rischio corruttivo, sulla scorta di principi strategici, metodologici e finalistici introdotti dal PNA 2019. 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 Residenza per Anziani Giuseppe Francescon IPAB.

Tale documento programmatico, previa individuazione delle Aree di attività dell'Ente nell'ambito delle quali è più elevato il rischio che si verifichino fenomeni corruttivi e di illegalità, definisce le azioni e le misure finalizzate a prevenire detto rischio o, quanto meno, a ridurne il livello.

Tale obiettivo viene perseguito mediante l'attuazione delle misure generali e obbligatorie previste dalla normativa di riferimento e di ulteriori misure specifiche, individuate sulla base della tipologia delle diverse attività svolte dall'ente.

Da un punto di vista strettamente operativo, il documento può essere definito come lo strumento per attuare il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta da Residenza per Anziani Giuseppe Francescon IPAB.

3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

Ruolo	Responsabilità/Posizione di lavoro c/o l'Ente	Competenze sulla Prevenzione della Corruzione
Organo di indirizzo politico-amministrativo e di controllo	Consiglio di Amministrazione	<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;• propone alla Direzione indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione.
Responsabile della Prevenzione e della Corruzione	Direttore	<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	Direttore	<ul style="list-style-type: none">• svolge le funzioni indicate dall'articolo 43 del decreto legislativo n. 33 del 2013;• raccorda la propria attività con quella svolta dal Responsabile della prevenzione della corruzione anche ai fini del coordinamento tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI).
Responsabili dei servizi	Dirigenti / Posizioni organizzative	<ul style="list-style-type: none">• partecipano al processo di gestione del rischio, in particolare per le attività indicate all'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.
Il Nucleo di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno		<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;• svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);• esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001).
Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)		<ul style="list-style-type: none">• svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. 165/2001);• provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.);• propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;• opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".
Dipendenti dell'Ente	Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato	<ul style="list-style-type: none">• partecipano al processo di gestione del rischio;• osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento;• segnalano eventuali situazioni di illecito.
Collaboratori	Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Ente	<ul style="list-style-type: none">• osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento;• segnalano eventuali situazioni di illecito.



3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza

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

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

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

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

3.3.3.3 Trattamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.4 Analisi del contesto

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

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



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

3.3.4.1 Contesto esterno

Per i dettagli del contesto esterno nel quale opera la Residenza per Anziani Giuseppe Francescon si rinvia alla Sezione 2 Valore Pubblico.

3.3.4.2 Contesto interno

Per i dettagli del contesto interno della Residenza per Anziani Giuseppe Francescon si rinvia alla Sezione 2 Valore Pubblico.

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

3.3.5 Valutazione del rischio

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

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi

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

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

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

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

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

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

3.3.5.2 Analisi del rischio

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

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

INDICATORE DI PROBABILITÀ			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE



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



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



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



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

INDICATORE DI IMPATTO

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



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

3.3.6 Ponderazione del rischio

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



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

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

3.3.7 Trattamento del rischio - Misure

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

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

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

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

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

Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel PTPCT.

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

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

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

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



3.3.7.1 Misure

Oggetto	Codice
Adempimenti relativi alla Trasparenza	M01
Codici di Comportamento	M02
Informatizzazione dei processi	M03
Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti	M04
Monitoraggio dei tempi procedurali	M05
Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi	M06
Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio	M07
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertici	M08
Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti	M09
Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici	M10
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving Doors)	M11
Whistleblowing	M12
Patti di integrità	M13
Formazione	M14
Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione	M15
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	M16
Regolamenti e procedure	M17
Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro	M18
Rotazione "straordinaria" del personale	M19

3.3.7.1.1M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza".

Nell'ambito della discrezionalità accordata dalla norma e della propria autonomia organizzativa, l'Ente ha previsto la coincidenza tra le due figure.



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

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Nuove norme sul procedimento amministrativo:** Legge 241/1990
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni:** D.Lgs. 33/2013

Azioni:

Caricamento e aggiornamento dei dati nelle sezioni dell'Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche indicate dalla normativa.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT): Daniele Dal Ben

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Albo online:

- Daniele Cuzzolin

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Amministrazione Trasparente:

- Daniele Cuzzolin

3.3.7.1.2M02: Codici di Comportamento

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione molto importante al fine di orientare in senso legale ed eticamente corretto lo svolgimento dell'attività amministrativa.

L'articolo 54 del d.lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, della l. n. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare.

La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

Normativa:

Azioni:

Si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al d.P.R. 62/2013 e al Codice di Comportamento Integrativo adottato dalla Residenza Francescon con deliberazione n. 25 del 17.11.2023

Attuazione:

Stato: Attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Dirigenti, posizioni organizzative, dipendenti e collaboratori dell'Ente per l'osservanza;

Direttore, Ufficio Ragioneria, Ufficio Economato, Ufficio Personale, RPCT e UPD per le incombenze di legge e quelle previste direttamente dal Codice di comportamento.

3.3.7.1.3M03: Informatizzazione dei processi



Come evidenziato dallo stesso Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Normativa:

- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni:

Facendo riferimento alle attività, con relativo grado di rischio, individuate nel tabelle allegato al PTPC, verifica del grado di informatizzazione delle attività stesse (tanto più alto il grado di rischio, tanto più è prioritaria l'esigenza di informatizzazione).

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.4M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

Rappresenta una misura trasversale particolarmente efficace dal momento che consente l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e quindi la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza.

Normativa:

- **Codice dell'amministrazione digitale:** D.Lgs. 82/2005
- **Nuove norme sul procedimento amministrativo:** Legge 241/1990
- **Decreto Legislativo recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza - FOIA:** D. Lgs. 97/2016

Azioni:

Preparazione organizzativa e procedimentale per l'entrata in vigore della riforma della normativa sulla trasparenza (c.d. FOIA – Freedom of information act) di cui al D.Lgs 33/2013 aggiornato dal D.Lgs 97/2016.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.5M05: Monitoraggio dei tempi procedurali

Dal combinato disposto dell'art. 1, comma 9, lett. d) e comma 28 della legge n. 190/2012 e dell'art. 24, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013 deriva l'obbligo per l'amministrazione di provvedere al monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, provvedendo altresì all'eliminazione di eventuali anomalie.

I risultati del monitoraggio periodico devono essere pubblicati e resi consultabili nel sito web istituzionale.

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni:** D.Lgs. 33/2013

Azioni:

I Responsabili degli Uffici provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini relativi ai procedimenti di competenza, con la periodicità fissata dal RPCT e avvalendosi dell'apposito modello.



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

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

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

RPCT, Responsabili di Ufficio

3.3.7.1.6M06: Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi

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

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

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:** D.P.R. 62/2013 e D.P.R. 81/2023

Azioni:

Nel caso si verifichino le ipotesi di cui sopra, la segnalazione del conflitto da parte del dipendente deve essere scritta e indirizzata al Direttore il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Egli deve rispondere per iscritto al dipendente che ha effettuato la segnalazione, sollevandolo dall'incarico oppure motivando le ragioni che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato dal Direttore ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Direttore dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Qualora il conflitto riguardi il Direttore, a valutare le iniziative da assumere sarà una commissione esterna.

Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione al Direttore.

Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziati annualmente in occasione della reportistica finale relativa al PDO.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio e tutti i dipendenti

3.3.7.1.7M07: Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio

L'articolo 1, comma 9, lett. b) della legge n. 190 del 2012 prevede per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione l'attivazione di idonei meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire detto rischio.

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012



Azioni:

Tanto più elevato è il grado di rischio dell'attività, come indicato nelle tabelle allegate al PTPC, tanto più alta deve essere l'attenzione del Dirigente nel suddividere, laddove possibile, le fasi dei procedimenti tra più soggetti, cioè: il responsabile dell'istruttoria, il responsabile del procedimento, il responsabile del provvedimento.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio

3.3.7.1.8M08: Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertici

Con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, in attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190 del 2012, il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

Il decreto delegato de quo prevede e disciplina una seria articolata e minuziosa di cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi:

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

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

Per "incompatibilità" si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Normativa:

- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico:** D.Lgs. 39/2013
- **Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione.** : Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016

Azioni:

Acquisizione, all'atto del conferimento dell'incarico, delle dichiarazioni relative alla insussistenza delle cause di inconferibilità o incompatibilità individuate dal decreto legislativo 39/2013 (per gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice, acquisizione annuale delle sole dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di incompatibilità). Secondo le indicazioni contenute nella apposite Linee guida ANAC, la modulistica fornita per la resa delle dichiarazioni in argomento deve essere predisposta in modo tale da consentire al soggetto dichiarante di indicare gli eventuali incarichi ricoperti nonché eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Ufficio Ragioneria, Ufficio Economato, Ufficio Personale per il conferimento degli incarichi dirigenziali.



3.3.7.1.9M09: Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti

L'articolo 53, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 165/2001 prevede che "...con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2".

Normativa:

- **Misure di razionalizzazione della finanza pubblica:** Legge 662/1996

Azioni:

Prevedere appositi criteri al fine di valutare le richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi di natura occasionale da parte dei dipendenti dell'Ente;

Censire i casi relativi all'anno in corso di intervenuta autorizzazione, indicando i soggetti privati a favore dei quali i dipendenti sono stati autorizzati a svolgere incarichi extraistituzionali, i periodi e gli emolumenti (adottando gli opportuni accorgimenti per la tutela della privacy del dipendente), indicando se i medesimi incarichi siano stati affidati anche negli anni precedenti.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Ufficio Ragioneria, Ufficio Economato, Ufficio Personale

3.3.7.1.10M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici

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

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

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001

Azioni:

Obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per:

membri commissioni sia interni che esterni

responsabili dei processi operanti nelle aree di rischio individuate dal presente Piano, appartenenti al livello giuridico D e superiori.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Dirigenti / Responsabili interessati dalle fattispecie di cui alle lettere a) e c) dell'articolo 35-bis del d.lgs. 165/2001 sopra richiamato.

Responsabili Ufficio Ragioneria, Economato, Personale per acquisizione delle autocertificazioni di cui al precedente punto b)



nonchè, per quanto riguarda i membri interni, viene demandata agli stessi la valutazione circa la possibilità/modalità di acquisizione di un'autocertificazione iniziale da tutti i dipendenti, con l'obbligo a carico degli stessi di provvedere ad aggiornarla nel caso di modifiche rispetto allo status certificato.

3.3.7.1.11M11: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving Doors)

L'articolo 53, comma 16-ter, del decreto legislativo n. 165 del 2001 prevede che: "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".

Normativa:

- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Dirigenti / Responsabili interessati alle procedure di affidamento di cui sopra

3.3.7.1.12M12: Whistleblowing

Il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

Normativa:

- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001
- **Disciplina del whistleblowing:** **D.Lgs. n. 24/2023 attuativo della Direttiva Europea n. 1937/2019:** D.Lgs 24/2023

Azioni:

La Residenza per Anziani Giuseppe Francescon ha aderito ad un'apposita piattaforma telematica, fruibile gratuitamente (*Legality Whistleblowing*) per rendere disponibile uno strumento interno di segnalazione diretta e anonima degli illeciti.

Sull'home page del sito web dell'Ente è stato inserito un apposito banner che (cliccandoci sopra) rimanda direttamente ad una maschera per la segnalazione sicura e anonima degli illeciti: <https://residenzafrancescon.segnalazioni.net/>

Attuazione:

Stato: Attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

3.3.7.1.13M13: Patti di integrità



L'articolo 1, comma 17, della legge n. 190 del 2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4 del 2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066)."

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni:

Introduzione di Patti di Integrità / Legalità da far sottoscrivere ai fornitori al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta. Essi contengono regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara

Attuazione:

Stato: Non attuabile

Termine: 31/12/2024

Responsabili:

Responsabili dei procedimenti di affidamento

3.3.7.1.14M14: Formazione

La legge n. 190 del 2012 prevede che il Responsabile per la prevenzione della corruzione definisca procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra il Piano della formazione e il PTPC.

Il presente Piano individua i seguenti livelli di formazione:

- **Formazione base** (o di 1° livello): destinata a tutto il personale dell'Ente. È finalizzata ad una sensibilizzazione generale sulle tematiche dell'etica e della legalità (anche con riferimento ai codici di comportamento).
- **Formazione tecnica** (o di 2° livello): destinata a Dirigenti, P.O. e Responsabili dei servizi e i dipendenti che operano nelle aree con processi classificati dal presente Piano a rischio medio, alto e altissimo. Viene impartita al personale sopra indicato mediante appositi corsi anche su tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto.

Ai nuovi assunti o a chi entra nel settore deve essere garantito il livello di formazione base mediante affiancamento di personale esperto interno (tutoraggio).

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)



- **Regolamento recante riordino del sistema di reclutamento e formazione dei dipendenti pubblici e delle Scuole pubbliche di formazione:** d.P.R. 70/2013

Azioni:

Inserimento nel Piano della Formazione gli interventi di 1° livello, per il personale non ancora formato e attuazione di specifica formazione in tema di anticorruzione anche per il 2° livello.

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2025

Responsabili:

Dirigente, Responsabili dell'Ufficio Ragioneria, Economato e Personale per adempimenti relativi al piano della formazione.

3.3.7.1.15M15: Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione

La rotazione del personale dovrà avvenire secondo i seguenti criteri:

- nell'ipotesi in cui ricorra il livello di rischio altissimo (critico), per il personale che ricopre funzioni di Dirigente, P.O., Responsabile di servizio nei settori/servizi interessati;
- con cadenza non inferiore a 10 anni dall'accertamento del livello di rischio altissimo e comunque solo al termine dell'incarico in corso;
- tenendo conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni da svolgere in modo da salvaguardare il buon andamento e la continuità della gestione amministrativa.

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001
- **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato:** Legge 208/2015

Azioni:

Come riportato nel PNA 2016:

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

L'Ente dovrà porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigrammi relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta efficacia della misura di prevenzione con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

NON ATTUABILE: le dimensioni dell'Ente e la composizione del Personale in ruolo in Amministrazione non consentono la rotazione del Personale come previsto dalla Normativa.

Attuazione:

Stato: Non attuabile

Responsabili:



Direttore, Responsabili dell'Ufficio Ragioneria, Economato e Personale.

3.3.7.1.16M16: Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

A tal fine una prima azione consiste nel diffondere i contenuti del presente Piano mediante pubblicazione nel sito web istituzionale per la consultazione on line da parte di soggetti portatori di interessi (stakeholder), sia singoli individui che organismi collettivi, ed eventuali loro osservazioni.

Normativa:

- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni:

Pubblicazione nel sito web istituzionale dell'Ente dello schema di Piano triennale di prevenzione della corruzione.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT

3.3.7.1.17M17: Regolamenti e procedure

L'adozione di regolamenti interni per le attività del settore amministrativo mitiga il rischio di corruzione per i processi interessati

Normativa:

Azioni:

Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato.

Creazione di flussi informativi su deroghe e sugli scostamenti.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore e Responsabili Ufficio

3.3.7.1.18M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro

Questa misura favorisce il controllo da parte di più persone nel processo interessato.

Normativa:

Azioni:

Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore, Responsabili Ufficio e dipendenti dell'Ente

3.3.7.1.19M19: Rotazione "straordinaria" del personale

L'istituto della rotazione "straordinaria" è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".



L'Autorità, nel PNA 2019 chiarisce che L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater²⁸, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

Normativa:

- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001
- **Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001:** Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019

Azioni:

L'istituto della rotazione straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare. L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'ANAC con la deliberazione n. 215/2019 ha dettato delle Linee Guida per le P.A. relativamente all'adozione delle misure di rotazione straordinaria introdotte dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".

Le misure in questione prevedono che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi" senza ulteriori specificazioni.

Dalla disposizione succitata si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria ma cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, è necessario che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria.

Al fine di dare attuazione alle indicazioni previste nelle Linee Guida ANAC è opportuno che l'Ente adotti un Regolamento o una Direttiva ad hoc in modo da prevedere azioni mirate ad adottare misure di rotazione straordinaria laddove intervenissero comportamenti che configurano l'oggettivo verificarsi (anche solo potenzialmente) di comportamenti e/o fenomeni corruttivi all'interno degli Uffici.

Fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL, l'Autorità ritiene, che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per "fatti di corruzione" possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001. Per i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria. L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la p.a. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235 del 2012).

Attuazione:

Stato: Non attuabile

Responsabili:

Segretario Direttore, RPCT



3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio

3.3.8.1 ACQUISIZIONE GESTIONE PERSONALE

Concorso

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,67	2,33	BASSO

Fasi

- Definizione dei criteri, dei requisiti di accesso al concorso, della tipologia di prove secondo regolamento
- Determina del Direttore di approvazione del bando di concorso
- Pubblicazione Portale unico del reclutamento disponibile all'indirizzo www.InPA.gov.it, all'albo online ente, sul BUR e all'albo online di altri enti e sito web istituzionale
- Ricezione delle domande di partecipazione e successiva protocollazione
- Nomina della commissione dopo la scadenza del termine e presentazione delle domande
- Verifica da parte dell'ufficio personale della completezza delle domande pervenute
- Insediamento della commissione ed eventuale auto esclusione nel caso di situazioni di conflitto di interesse con successiva nomina del componente sostitutivo
- Pubblicazione sul sito web istituzionale dell'elenco degli ammessi e comunicazione agli esclusi
- Svolgimento e correzione delle prove con redazione dei verbali finili ad opera della commissione
- Pubblicazione delle graduatorie degli idonei sul sito web istituzione
- Determina del direttore di approvazione della graduatoria finale
- Pubblicazione all'albo online e sul sito web istituzionale dell'ente della graduatoria finale

Rischio

- Criteri di partecipazione ad hoc
- Mancanza di rotazione dei membri della commissione
- Prove comunicate prima dell'esame



Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M12,
M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M14

Assunzione diretta per profili bassa qualifica, solo per i tempi determinati

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,67	2,00	BASSO

Fasi

- Comunicazione al Centro per l'Impiego per l'invio della richiesta di personale con la qualifica desiderata
- Determina del direttore di avvio della procedure di selezione tramite centro per l'impiego
- Il centro per l'impiego invia una graduatoria con i nominativi del personale con la qualifica richiesta
- Colloquio e verifica pratica dei candidati da parte della commissione
- Determina del direttore di individuazione dei vincitori e comunicazione al centro per l'impiego dei nominativi del personale scelto
- Comunicazioni obbligatorie ad opera dell'ufficio competente

Rischio

- Valutazione non oggettiva, mirata a favorire un partecipante

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M12,
M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M14

Incarichi professionali

Ufficio responsabile



Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,67	1,50	MINIMO

Fasi

- Determina del direttore di indizione delle procedure di selezione
- Ricezione delle candidature da parte dell'ufficio protocollo per la protocollazione
- L'ufficio protocollo invia le candidature all'ufficio personale per la verifica della documentazione presentata
- Eventuale nomina della commissione
- Selezione e produzione dei verbali
- Determina di approvazione dei verbali e della graduatoria di selezione
- Pubblicazione risultati della selezione anche nel portale della trasparenza
- Determina di affidamento del direttore
- Pubblicazione in Perla PA (anagrafe delle prestazioni)
- Verifica dei requisiti dichiarati
- Stipula del contratto

Rischio

- Valutazione non oggettiva, mirata a favorire un partecipante

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M03, M05, M14

Fondo di produttività

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,75	2,00	BASSO

Fasi

Rischio

- Discrezionalità dell'accordo



- Sulla base del contratto collettivo decentrato e sulle valutazioni ottenuti da sistema di valutazione permanente il direttore tramite determina autorizza l'erogazione del fondo di produttività
- Pubblicazione sul sito web istituzione della determina ad opera dell'ufficio personale

- Modifica dei cedolini o altro documento per il pagamento per favorire interessi personali o di altri
- Errore umano

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M05, M17, M18

Da attuare/migliorare

M03

3.3.8.2 DECESSO OSPITE

Decesso ospite

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
0,00	0,00	ND

Fasi

- In caso di decesso dell'ospite l'infermiere in turno rileva i parametri vitali e attiva la procedura di chiamata per la constatazione del decesso
- L'infermiere in turno contatta il MMG se in turno, in caso contrario contatta la guardia medica o il 112 per la constatazione del decesso
- L'infermiere o il coordinatore provvedono a contattare i referenti dell'ospite se non già presenti in struttura
- Il personale sanitario in turno provvede ad inserire la consegna dell'avvenuto decesso nella cartella di competenza e la invia alle figure di riferimento
- Il coordinatore compila il modulo raccolta dati a supporto quantificazione parte fissa retta di ricovero dell'ospite e lo consegna all'ufficio ragioneria
- Trascorse le due ore dalla constatazione del decesso la salma viene ricomposta dal personale OSS e portata nella cella mortuaria interna
- Se la constatazione della morte è fatta da un MMG questo compila anche la scheda ISTAT

Rischio

- Discrezionalità dell'accordo



- L'infermiere in turno contatta il medico necroscopo per avvisare dell'avvenuto decesso
- Nelle 32 ore successive dalla comunicazione di morte il medico necroscopo esegue la visita necroscopica e referta il certificato necroscopico ed eventuale documentazione utile alla cremazione
- L'infermiere in turno provvede a raccogliere tutta la documentazione sanitaria dell'ospite
- L'assistente sociale raccoglie il certificato di morte e il foglio istat e provvede a compilare l'avviso di decesso
- L'assistente sociale consegna la documentazione all'ufficio segreteria per l'invio in Comune
- Non appena il medico necroscopo compila il certificato necroscopico questo viene inviato al Comune come integrazione della documentazione in precedenza consegnata
- L'ufficio ragioneria provvede a chiudere la posizione dell'ospite sia a livello informatizzato che cartaceo
- L'ufficio ragioneria contatta i referenti dell'ospite per il saldo contabile
- L'ufficio supporto coordinamento raccoglie la cartella sanitaria e provvede all'archiviazione
- I coordinatori chiudono la cartella sanitaria informatizzata

Attuazione misure

Attuate

M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

3.3.8.3 GESTIONE ENTRATE E SPESE

Entrate

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,50	MINIMO

Fasi

Rischio

- Errore umano



- Rette degli ospiti (pagate da ospiti, familiari o comuni)
- Rimborso impegnative di residenzialità
- Rimborso spese riabilitazione (psicologo, fisioterapista, logopedista, presidi)
- Rimborsi spese
- Rimborsi da parte dei Comuni di residenza degli Ospiti
- Rimborsi partecipazione a concorsi
- Rimborsi spese sostenute dall'Ente per conto dell'ospite: l'importo viene inserito nella fattura mensile delle rette
- Rimborsi infortuni, inail o assicurativi
- Contributi a fondo perduto
- Mutui

- Aumento dell'importo della spese da inserire nella retta

Attuazione misure

Attuate

M03, M04, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

Controllo delle coperture rette

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,00	MINIMO

Fasi

- L'ufficio ragioneria periodicamente individua gli ospiti non in regola con i pagamenti delle rette e informa il direttore delle situazioni di insoluto
- L'ufficio ragioneria sollecita a mezzo posta, via mail e chiamata
- Se la situazione non viene risolta, al secondo sollecito formale, la direzione conferisce incarico al legale per il recupero delle somme

Rischio

- Errore umano
- Mancanza di controlli
- Accordo non autorizzato



Attuazione misure

Attuate

M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

Donazioni ricevute

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,25	1,00	MINIMO

Fasi

- Donazioni in denaro di modesta entità vengono immediatamente conferite all'amministrazione che provvede a depositarle in tesoreria-cassa e viene inviata una lettera di ringraziamento
- Eventuali donazioni testamentarie viene deliberata l'accettazione e individuata la destinazione da parte del CdA

Rischio

- Accettazione di somme di denaro che non vengano depositate direttamente in Tesoreria

Attuazione misure

Attuate

M01, M04, M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

3.3.8.4 PROCEDURA INGRESSO OSPITE

Accoglimento ospite con impegnativa di residenzialità

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,00	MINIMO

Fasi

Rischio



- L'assistente sociale riceve comunicazione dell'assegnazione di un ricovero in convenzione con il nome del potenziale ospite
- L'assistente sociale provvede a contattare il familiare per l'accettazione formale del posto che comporta l'acquisizione dell'impegnativa di residenzialità.
- Nel momento in cui nella struttura si verifica un decesso e/o una dimissione l'Assistente sociale comunica alla COT la chiusura del ricovero

- Favoreggiamento di ingresso di ospiti a seguito di pressioni sociali, senza seguire un criterio preciso
- Variazione della lista della graduatoria

Attuazione misure

Attuate

M04, M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

Colloquio di preingresso

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,25	1,00	MINIMO

Fasi

- Nel colloquio di pre ingresso l'assistente sociale raccoglie le informazioni utili all'ingresso creando la scheda di ingresso
- Il modulo di richiesta di entrata in casa di riposto (anagrafica ospite + referente) viene passato al protocollo per la protocollazione
- L'assistente sociale consegna al referente la documentazione privacy e l'autocertificazione capacità economica e provvede a raccogliere la carta di identità del referente e dell'ospite
- L'assistente sociale compila la scheda informativa relativa all'ingresso e la invia a tutte le figure socio sanitarie

Rischio

- Favoreggiamento di ingresso di ospiti a seguito di pressioni sociali, senza seguire un criterio preciso
- Variazione della lista della graduatoria



Attuazione misure

Attuate

M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

Accoglimento ospite senza impegnativa di residenzialità

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
4,00	1,00	MEDIO

Fasi

- I caso di posto libero non occupabile tramite posto in convenzione l'assistente sociale contatta i nominati inseriti all'interno dell'elenco dei richiedenti per fissare l'appuntamento del colloquio di pre ingresso

Rischio

- Discrezionalità dell'accordo
- Favoreggiamento di ingresso di ospiti a seguito di pressioni sociali, senza seguire un criterio preciso

Attuazione misure

Attuate

M03, M17, M18

Da attuare/migliorare

nessuna

3.3.8.5 PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE LAVORI SERVIZI FORNITURE

Affidamento diretto di lavori, servizi e forniture

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,33	3,00	MEDIO

Fasi

- Accertamento del bisogno e valutazione dell'importo dell'affidamento
- Acquisizione CIG

Rischio

- Valutazione non oggettiva
- Mancanza di rotazione dei fornitori
- Criteri di selezione atti a favorire un'azienda



- Se il prodotto non è presente in MEPA si procede mediante acquisizioni preventivi/indagine di mercato
- Ricezione offerte al protocollo (compresa autocertificazione possesso requisiti a contrarre con PA), protocollazione e invio all'ufficio procedente
- Eventuale nomina della commissione in caso di criterio economicamente più vantaggioso. Valutazione delle offerte.
- Affidamento al miglior offerente con determinazione del Segretario Direttore
- Stipula del contratto (anche con scambio di lettere) tramite piattaforma telematica se l'importo è superiore ai 5.000 euro
- Pubblicazione su sito web istituzionale della determinazione e dati in Amministrazione Trasparente
- Se l'importo è inferiore a 5.000 euro si procedere tramite affidamento senza accedere tramite piattaforma telematica
- Se l'importo dell'affidamento è superiore ai 5.000 euro è necessario procedere tramite MEPA o altra piattaforma telematica

Attuazione misure

Attuate

Da attuare/migliorare

M01, M02, M04, M06, M07, M08, M10, M12, M16, M17, M18

M03, M05, M11, M14

Procedura per affidamento di lavori, beni e servizi sopra soglia comunitaria

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,11	2,50	BASSO

Fasi

- Determina ad inizio anno di nomina dei RUP ed assegnazione degli incarichi

Rischio

- Nomina prima della scadenza del termine
- Criteri di partecipazione ad hoc



- Sulla base della programmazione (biennale servizi/forniture - triennale lp), per scadenze contrattuali, per attivazione di nuovi servizi, forniture e lavori indicazione dei RUP e verifica delle procedure da seguire
- Verifica sul portale consip della presenza di convenzioni/ accordi quadro, MEPA per l'acquisizione di lavori, beni e servizi
- Se i prodotti/servizi/lavori sono presenti in consip o mepa il RUP pubblica la manifestazione di interesse in cui descrive il fabbisogno per l'acquisizione delle ditte interessate
- Se non sono presenti attua una procedura con definizione dei requisiti di possesso di capacità amministrativa, tecnico-economica per gli operatori che potranno partecipare alla singola procedura e acquisto CIG/ e eventualmente CUP
- Il RUP nella richiesta del cig attiva il sistema FVOE 2.0
- Pubblicazione del bando e documenti di gara sulla Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici
- Verifica da parte del RUP / commissione della documentazione amministrativa presentata dagli operatori economici, verifica a campione del possesso dei requisiti utilizzando anche il portale FVOE 2.0
- Eventuale nomina commissione tecnica, se il criterio è quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, alla scadenza della ricezione delle offerte
- Eventuale valutazione tecnica degli operatori economici da parte della commissione tecnica e consegna dei verbali al RUP
- Seduta pubblica di comunicazione dei risultati tecnici assegnazione punteggi qualità e apertura dei plichi economici, assegnazione dei punteggi economici e redazione graduatoria finale
- Presa d'atto dei verbali e della graduatoria finale da parte del RUP che propone l'aggiudicazione provvisoria e pubblicazione nel sito web istituzionale
- Verifica dei requisiti da parte del RUP dell'operatore economico aggiudicatario con il supporto dell'ufficio approvvigionamenti
- Aggiudicazione finale con determina e successiva pubblicazione nel sito web istituzionale
- Comunicazione di esito di procedura agli operatori economici concorrenti entro i termini di legge

- Mancanza di rotazione dei membri della commissione



- Verifica delle polizze prodotte a garanzia contrattuale quali la fideiussoria, la responsabilità civile, e l'RTCO
- Attesa dello stand still contrattuale, ove previsto
- Pubblicazione esito di gara su Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici
- Richiesta alla ditta aggiudicataria del rimborso delle spese sostenute dalla stazione appaltante per la pubblicazione dei dati di gara come da normativa
- Stipula del contratto
- Avviso agli altri operatori economici di avvenuta stipula contrattuale con successiva pubblicazione online (albo-amm.trasparente)

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M12, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M03, M05, M11, M14

Procedura negoziata per acquisti di lavori, di beni e servizi sopra soglia

Ufficio responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,33	2,50	BASSO

Fasi

- Determina ad inizio anno di nomina dei RUP ed assegnazione degli incarichi
- Sulla base della programmazione (biennale servizi/forniture - triennale Ip), per scadenze contrattuali, per attivazione di nuovi servizi, forniture e lavori indicazione dei RUP e verifica delle procedure da seguire
- Verifica sul portale consip della presenza di convenzioni/ accordi quadro, MEPA per l'acquisizione di lavori, beni e servizi

Rischio

- Criteri di partecipazione ad hoc
- Valutazione non oggettiva, mirata a favorire un partecipante
- Mancanza di rotazione dei fornitori
- Revoca nel caso in cui l'unico fornitore che partecipa non si gradito all'Ente



- Se i prodotti/servizi/lavori sono presenti in consip o mepa il RUP pubblica la manifestazione di interesse in cui descrive il fabbisogno per l'acquisizione delle ditte interessate
- Se non sono presenti attuo una procedura con definizione dei requisiti di possesso di capacità amministrativa, tecnico-economica per gli operatori che potranno partecipare alla singola procedura e acquisto CIG/ e eventualmente CUP
- Il RUP nella richiesta del cig attiva il sistema FVOE 2.0
- Verifica da parte del RUP / commissione della documentazione amministrativa presentata dagli operatori economici, verifica a campione del possesso dei requisiti utilizzando anche il portale FVOE 2.0
- Eventuale nomina commissione tecnica, se il criterio è quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, alla scadenza della ricezione delle offerte
- Eventuale valutazione tecnica degli operatori economici da parte della commissione tecnica e consegna dei verbali al RUP
- Seduta pubblica di comunicazione dei risultati tecnici assegnazione punteggi qualità e apertura dei plichi economici, assegnazione dei punteggi economici e redazione graduatoria finale
- Presa d'atto dei verbali e della graduatoria finale da parte del RUP che propone l'aggiudicazione provvisoria e pubblicazione nel sito web istituzionale
- Verifica dei requisiti da parte del RUP dell'operatore economico aggiudicatario con il supporto dell'ufficio approvvigionamenti
- Aggiudicazione finale con determina e successiva pubblicazione nel sito web istituzionale
- Comunicazione di esito di procedura agli operatori economici concorrenti entro i termini di legge
- Verifica delle polizze prodotte a garanzia contrattuale quali la fideiussoria, la responsabilità civile, e l'RTCO
- Attesa dello stand still contrattuale, ove previsto
- Pubblicazione esito di gara
- Richiesta alla ditta aggiudicataria del rimborso delle spese sostenute dalla stazione appaltante per la pubblicazione dei dati di gara come da normativa
- Stipula del contratto



- Avviso agli altri operatori economici di avvenuta stipula contrattuale con successiva pubblicazione online (albo-amm.trasparente)

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M12, M16,
M17, M18

Da attuare/migliorare

M03, M11, M14



3.3.9 Trasparenza e Integrità

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

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

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

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

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

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

Dunque, il primo step imprescindibile consiste nella formazione dei dipendenti nominati Referenti per la Trasparenza.

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

Terzo step che l'Ente si pone come obiettivo riguarda nello specifico l'accesso documentale, l'accesso civico e l'accesso civico generalizzato, che si ritiene opportuno vengano disciplinati mediante l'adozione di un Regolamento dell'Ente, che preveda sia l'esplicitazione sotto il profilo normativo e sostanziale dei tre diversi istituti, in modo da consentire all'utente esterno di accedere in modo semplice alle informazioni necessarie, sia la predisposizione di moduli ad hoc che siano trasmessi alle figure istituzionali competenti interne all'Ente, che dovranno preoccuparsi di rispondere nei termini di legge previsti.

3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni

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

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

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

Dato atto che, i termini per l'adempimento debbono necessariamente tener conto della sostenibilità complessiva del sistema in



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

Premesso quanto sopra è doveroso segnalare che in base al comma 3 bis del sopra citato art. 8 "L'Autorità nazionale anticorruzione, sulla base di una valutazione del rischio corruttivo, delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso, determina, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, i casi in cui la durata della pubblicazione del dato e del documento può essere inferiore a 5 anni".

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

Trascorsi il quinquennio o il triennio previsti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno e la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5. Per il monitoraggio delle sezioni dell'Amministrazione Trasparente si rimanda all'allegato "Analisi Amministrazione Trasparente Residenza per Anziani Giuseppe Francescon"

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

Istituto introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge 241/90.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Il citato art. 5 bis dispone:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



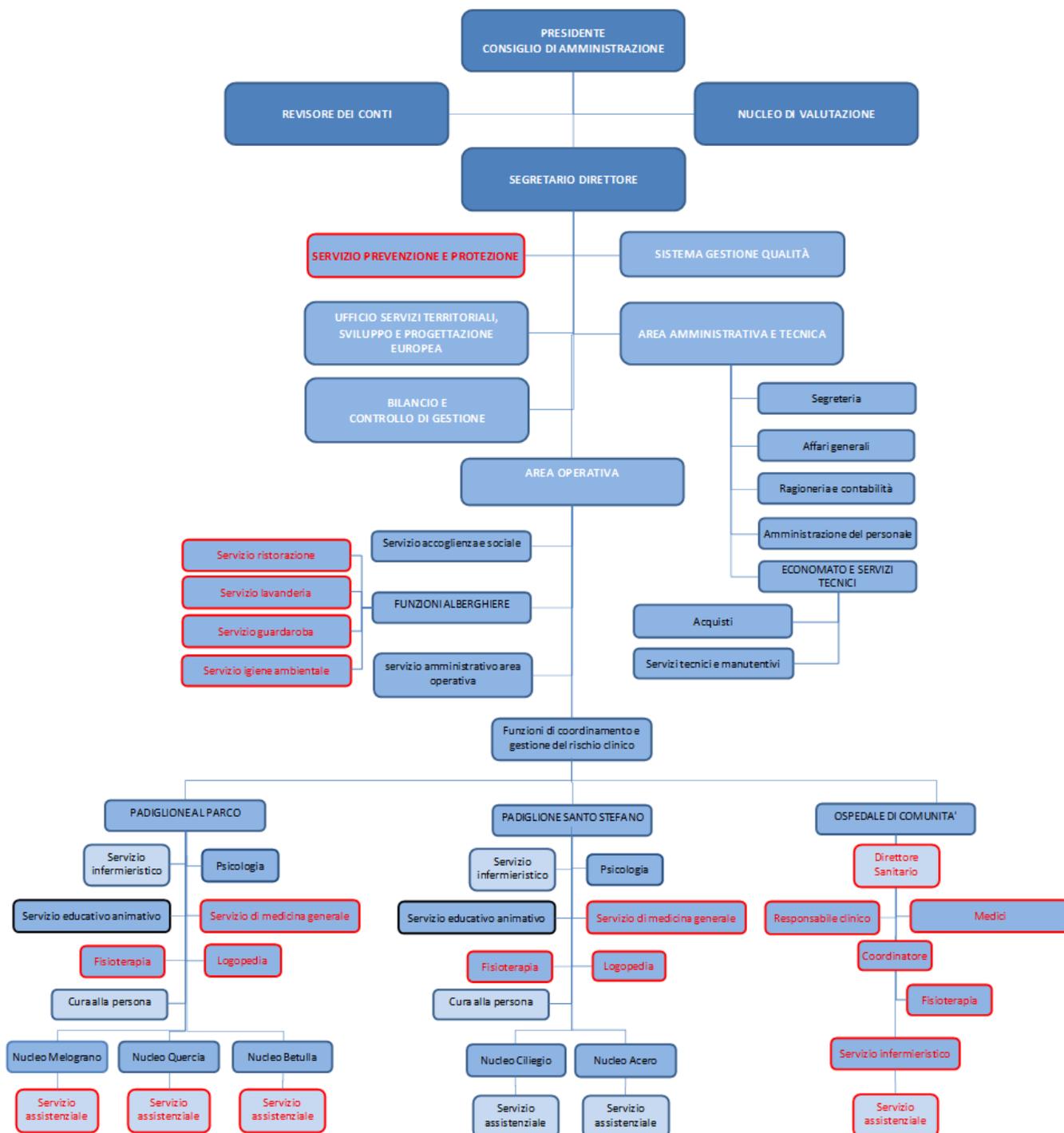
4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo adottato dall'Ente per garantire il raggiungimento degli scopi statuari è rappresentato nel vigente organigramma, che qui si riporta:

ORGANIGRAMMA RESIDENZA PER ANZIANI GIUSEPPE FRANCESCON



La struttura sopra rappresentata evidenzia come al vertice ci sia il Consiglio di Amministrazione, che è organo politico di indirizzo, mentre dal punto di vista



organizzativo il governo spetta al Segretario Direttore, che è l'organo statutario dell'Ente cui è demandata la gestione.

Le funzioni a staff della direzione, pur numerose, interessano poche unità di personale. La grande maggioranza dei lavoratori, infatti, occupa ruoli operativi sociali, sanitari, assistenziali o riabilitativi.

Nell'organizzazione è presente un dirigente (il Segretario Direttore) e una posizione organizzativa (il Responsabile Operativo), mentre le altre categorie di lavoratori sono così suddivise:

Direzione amministrativa	1	(vice direttore)
Funzioni amministrative	6	
Funzioni tecniche	1	
Ambito sociale	5	(assistenti sociali, educatori, psicologa)
Ambito assistenziale	33	(operatori socio sanitari)
Ambito sanitario	15	(infermieri)
Cura della persona	1	

Alcuni servizi, evidenziati in rosso nell'organigramma, sono appaltati a soggetti esterni. Si tratta di una scelta finalizzata a garantire qualità e specializzazione e certezza dei costi e a ridurre la complessità di gestione (soprattutto amministrativa) del personale.



4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017.

A seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa.

Per lavoro agile si intende *"un modello organizzativo del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione"* (Linee guida sul POLA e indicatori di performance - Dipartimento funzione pubblica - v. 1.0 dicembre 2020)

La Residenza Francescon non ha mai attivato il POLA, in quanto il servizio si è sempre svolto in presenza.



4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Consiglio di Amministrazione della Residenza ha approvato con deliberazione n. 7 del 16.03.2022 il Piano triennale del fabbisogno del personale 2022 – 2024 e successivamente lo ha modificato con deliberazione n. 13 del 01.06.2022, quindi integrato nel PIAO approvato con deliberazioni n. 31 del 28.12.2022, n. 14 del 19.05.2023 e n. 10 del 19.04.2024. Con il presente documento si approva il Piano triennale del fabbisogno del personale relativo al triennio 2025 - 2027.

L'aggiornamento del piano triennale del fabbisogno del personale è integrato nel presente documento, per ogni effetto di legge e costituisce l'indirizzo al Segretario Direttore per la realizzazione del piano assunzionale dell'anno.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 2025 - 2027			
ANNO 2025			
AREA OPERATIVA			
AREA	PROFILO	N. POSTI	TIPO DI RAPPORTO / REGIME ORARIO
I	Istruttore amministrativo - Ufficio Accoglienza e sociale	1	A tempo parziale e indeterminato
FEQ	Educatore professionale	3*	a tempo pieno, indeterminato
FEQ	Infermiere	4	a tempo pieno, indeterminato
NOTA	Viene autorizzata con il presente piano la copertura a tempo indeterminato dei posti (già coperti con contratti di lavoro a tempo indeterminato) che dovessero rendersi vacanti per pensionamento, dimissioni o licenziamento del lavoratore . Viene autorizzata la sostituzione a tempo determinato del personale nei casi di cui all'art. 60 del CCNL Funzioni Locali Per la copertura a tempo determinato dei posti previsti dal piano l'Ente potrà avvalersi delle forme di lavoro flessibile normativamente previste. * per la copertura di questi posti dovranno essere attivate le procedure previste dall'articolo 13 comma 6 del vigente CCNL		
ANNO 2026			
NOTA	Viene autorizzata con il presente piano la copertura a tempo indeterminato dei posti (già coperti con contratti di lavoro a tempo indeterminato) che dovessero rendersi vacanti per pensionamento, dimissioni o licenziamento del lavoratore . Viene autorizzata la sostituzione a tempo determinato del personale nei casi di cui all'art. 60 del CCNL Funzioni Locali Per la copertura a tempo determinato dei posti previsti dal piano l'Ente potrà avvalersi delle forme di lavoro flessibile normativamente previste.		
ANNO 2027			
NOTA	Viene autorizzata con il presente piano la copertura a tempo indeterminato dei posti (già coperti con contratti di lavoro a tempo indeterminato) che dovessero rendersi vacanti per pensionamento, dimissioni o licenziamento del lavoratore . Viene autorizzata la sostituzione a tempo determinato del personale nei casi di cui all'art. 60 del CCNL Funzioni Locali Per la copertura a tempo determinato dei posti previsti dal piano l'Ente potrà avvalersi delle forme di lavoro flessibile normativamente previste.		

Negli atti di programmazione ed indirizzo adottati dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente, è previsto il mantenimento dell'esternalizzazione del servizio assistenziale dei nuclei del Padiglione al Parco e l'estensione del contratto anche al servizio di assistenza dell'Ospedale di comunità. Si tratta di una scelta strategica finalizzata a garantire a contenere l'incertezza dei costi derivante da assenze per malattie, maternità e congedi straordinari nonché affrontare la grave carenza di personale assistenziale.

Formazione del personale

La nuova direttiva del Ministero della Pubblica Amministrazione (c.d. Direttiva Zangrillo del 16.01.2025) contiene indicazioni relativamente agli adempimenti formativi che i dirigenti delle PA devono perseguire a partire dal 2025 all'interno delle amministrazioni di competenza. Essa mette il focus sulla formazione come leva strategica per la crescita delle pubbliche amministrazioni, ponendo specifici obiettivi formativi in capo ai dirigenti e definendo in modo particolare tre aree di intervento da attenzionare nella progettazione della formazione a partire dal 2025:

- Area della transizione amministrativa, con al quale si intende perseguire l'obiettivo di creare una nuova pubblica amministrazione, più semplice e maggiormente efficace ed efficiente;
- Area della transizione digitale, nell'ottica di globale digitalizzazione ed informatizzazione dei processi amministrativi;
- Area della transizione ecologica, per valorizzare una pubblica amministrazione che diventi sempre più sostenibile e pronta alla transizione ecosostenibile.



La progettazione e la realizzazione della formazione ai dipendenti rappresenta uno specifico obiettivo di performance dei dirigenti, concreto e misurabile; la direttiva stabilisce che ad ogni dipendente dovranno essere garantite almeno 40 ore annue di formazione, sia essa di natura obbligatoria (legata a normative cogenti) che specifica e relativa in modo particolare alle tre aree di cui sopra.

La necessità di conciliare l'obbligo con l'operatività e le risorse disponibili evidenziano alcuni limiti oggettivi rispetto al pieno rispetto della citata direttiva.

Il primo ostacolo è rappresentato dal monte ore individuato (40 ore pro-capite) che è difficilmente compatibile con l'attuale organizzazione dei servizi sanitari ed assistenziali che sono la *mission* della Residenza stessa. La formazione, infatti, viene erogata sempre al di fuori dell'orario di attività dei dipendenti per non compromettere l'operatività dei servizi che devono continuare senza soluzione di continuità ed indipendentemente da questioni organizzative. Il servizio all'utenza deve infatti essere comunque garantito per assicurare efficacia e qualità dell'assistenza, senza possibilità di interruzioni di qualsivoglia natura (basti pensare al meccanismo della precettazione in servizio in caso di agitazione sindacale, a motivo di garanzia di effettuazione di un servizio considerato essenziale). La Residenza – con l'attuale dotazione di personale – non può sostenere operativamente l'assenza ai fini formativi dei dipendenti; Il soddisfacimento di quanto disposto dalla Direttiva in termini di numero di ore comporterebbe un'assenza, complessiva dal servizio, di 70 settimane lavorative in un anno.

La seconda criticità è rappresentata dalla sostenibilità economica: l'impegno di spesa da garantire per raggiungere l'obiettivo fissato dal Ministro è, nei fatti, un aggravio notevole al bilancio della Residenza, costantemente impegnata in un'azione di contenimento dei costi. Considerando una stima per il 2025 di 2.400 ore formative (circa 60 dipendenti per 40 ore) sarebbe necessario prevedere l'assunzione di 1,5 lavoratori per garantire i servizi, con una spesa presunta e non prevista di oltre 50 mila euro.

L'ultima criticità emersa nella fase di analisi della direttiva riguarda le aree di intervento che la direttiva stessa suggerisce come strategiche: transazione amministrativa, transazione digitale e transazione ecologica. Gli argomenti individuati dal Ministero coinvolgono principalmente il personale amministrativo e direzionale, mentre non sono rispondenti ai bisogni reali per personale infermieristico, assistenziale e professionale che rappresenta, presso l'Ente, la grande maggioranza dei dipendenti.

Ciò premesso, la Residenza crede fermamente nell'importanza della formazione per garantire, da un lato, lo sviluppo professionale del personale, dall'altro, il miglioramento della qualità dei servizi erogati agli anziani. Per questo – sulla scorta della sollecitazione della circolare ministeriale – ha adattato il proprio piano formativo pur non riuscendo a raggiungere i vincoli posti.

I criteri utilizzati per la stesura del piano formativo sono così riassumibili:

1. progettazione degli interventi formativi che tentino di conciliare l'operatività quotidiana del personale assistenziale, infermieristico e professionale e la necessità di continuità dei servizi con la necessità di garantire un congruo numero di ore di formazione;
2. sostenibilità economica del piano formativo, nel rispetto delle risorse messe a disposizione nel bilancio di previsione della Residenza;
3. aderenza degli interventi formativi a quanto imposto dalla normativa ma anche a quanto necessario per l'evoluzione delle buone pratiche assistenziali.

La Residenza ha strutturato un piano formativo che prevede mediamente 25 ore di formazione pro-capite, riservandosi di ampliare il numero in corso d'anno (tenendo in considerazione che alcune opportunità formative si presentano nel corso dei mesi e dunque non tutti gli eventi formativi sono ipotizzabili entro la data di approvazione del presente documento). Questo obiettivo è concreto e sostenibile rispetto ai criteri di stesura del piano della formazione.

Nel rispetto della direttiva succitata e secondo una buona prassi consolidata già da anni nell'Ente, la formazione verrà erogata:

- in collaborazione con enti di formazione esterni, sia per la formazione obbligatoria che per quella specifica;
- attingendo da risorse interne (responsabili, professionisti di area riabilitativa etc) per la formazione in aula ma anche per l'addestramento costante del personale delle diverse aree;
- utilizzando la piattaforma *Syllabus*, della quale verrà implementato e diffuso l'utilizzo fra il personale dipendente mediante creazione di un pacchetto di account di accesso (personale di area amministrativa)

Le ore di formazione previste riguardano:

1. formazione obbligatoria *ex lege*
2. interventi formativi professionalizzanti specifici per ogni sotto-gruppo professionale.

La progettazione e la rendicontazione vengono effettuate sistematicamente dall'ufficio personale e Formazione dell'ente.

1. Formazione obbligatoria ex-lege

In quest'area rientra tutta la formazione che l'Ente deve garantire per disposizione legislativa.

Si fa riferimento al D.lgs 81/2008 – c.d. Decreto sulla sicurezza nei luoghi di lavoro – agli accordi Stato – Regioni e a tutta la normativa vigente in materia.

Contenuti specifici

In modo particolare, si fa riferimento ai seguenti corsi di formazione obbligatori:

1. formazione generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, modulo base di 4 ore: questa formazione va organizzata per tutti i lavoratori, qualsiasi sia la mansione svolta. Si tratta di formazione una-tantum, non sono previsti aggiornamenti;
2. formazione specifica per le categorie di lavoratori a rischio medio e relativo aggiornamento periodico (formazione di 8 ore, prevista per figure amministrative e servizi ausiliari);



3. formazione specifica per il rischio alto e relativo aggiornamento periodico (12 ore), che riguarda tutte le categorie professionali di area tecnica e socio-sanitaria;
4. formazione per addetti alla squadra antincendio (e relativo aggiornamento quinquennale);
5. primo soccorso aziendale ed aggiornamento ex-lege;
6. addestramento BLS/D per infermieri ed operatori socio-sanitari, con relativo aggiornamento biennale;
7. formazione in materia di legge sulla privacy e trattamento dati personali

Per tutta l'area relativa alla formazione sicurezza, la Residenza si avvale di una rete di enti formativi accreditati che vengono individuati di volta in volta in base alle specifiche necessità.

Le modalità di svolgimento dei corsi sono tre:

- formazione completamente on-line: viene fornito al Dipendente un link di collegamento personalizzato per poter usufruire del corso
- formazione in aula: presso la Residenza o presso le Sedi individuate dagli Enti di formazione
- formazione blended: dove possibile secondo normativa vigente, la formazione può essere mista (on-line e in aula).

2. Formazione professionalizzante specifica per ogni sotto-gruppo professionale

2.1 Formazione per i lavoratori dell'area operativa: si definiscono annualmente i bisogni formativi ed i contenuti specifici. La raccolta dei bisogni formativi annuali avviene di norma:

1. dal confronto diretto con il personale, negli incontri programmati per nuclei/servizi;
2. dalla raccolta dei questionari di soddisfazione somministrati nel corso degli eventi formativi degli anni precedenti, nei quali il personale può esprimere le proprie preferenze;
3. su input del Responsabile Operativo e dei Coordinatori, che nell'attività quotidiana individuano le aree di maggiore carenza e dunque suggeriscono quelle che possono essere le opportunità formative più efficaci
4. dall'analisi dei dati in materia di andamento dei servizi e consumi di beni (per es. prodotti per l'incontinenza): può rendersi utile una formazione specifica laddove si ravveda la necessità di operare un retraining sulle metodologie di lavoro (per es. sporzionamento dei pasti, modalità di esecuzione dell'igiene e utilizzo dei prodotti etc).

La formazione per l'anno 2025 è stata progettata con l'obiettivo di migliorare la qualità assistenziale offerta agli anziani della struttura, promuovendo un approccio multidisciplinare e valorizzando il ruolo degli operatori socio-sanitari (OSS) e degli altri professionisti. Attraverso una programmazione strutturata, si punta a garantire l'aggiornamento continuo delle competenze tecniche e relazionali, a migliorare la sicurezza e la qualità della cura, e a monitorare costantemente alcuni indicatori, quali lesioni da pressione, contenzioni, cadute e infezioni.

La pianificazione del calendario formativo 2025 è stata costruita attorno a temi chiave che riflettono le necessità operative e strategiche della struttura:

1. Valore e professionalità dell'oss; prendersi cura dell'anziano
 - Focus sulla professionalità e sull'importanza del prendersi cura dell'anziano, con particolare attenzione agli aspetti empatici e relazionali. Le sessioni affronteranno il significato del prendersi cura non solo come compito operativo ma come valore fondante della professione. Sessioni: Febbraio 18 e 25 (14:30-16:30).
2. Tecniche di mobilitazione e strumenti operativi: presentazione del manuale
 - La prima parte della formazione è dedicata a un'introduzione teorica, che offre le basi concettuali per comprendere l'importanza delle tecniche di mobilitazione.
 - La parte centrale della formazione è dedicata alla pratica delle tecniche di mobilitazione, con l'obiettivo di garantire un apprendimento concreto e immediatamente applicabile. Gli OSS saranno divisi in piccoli gruppi per consentire un'interazione diretta e personalizzata con il formatore.
 - La formazione si conclude con la presentazione di un manuale pratico, progettato per essere una guida di riferimento per gli operatori. Sessioni intensive in Marzo: 18 (mattina e pomeriggio) e 25 (mattina).
3. Indicatori di risultato
 - Analisi e riflessione sui dati relativi agli indicatori: lesioni da pressione, contenzioni, cadute e infezioni. Si discuteranno strategie per ridurre l'incidenza di questi eventi e migliorare la qualità delle cure. Gli indicatori di qualità saranno valutati ogni sei mesi per misurare l'efficacia della formazione e l'impatto sui risultati assistenziali. Questo approccio consente di avere dati oggettivi per pianificare interventi mirati e migliorare ulteriormente i processi operativi. Monitoraggio semestrale: incontri previsti nei mesi di Marzo e Ottobre.
4. Comunicazione e sicurezza: Passaggio di consegne e uso della cartella informatizzata
 - Approfondimenti sulla gestione del passaggio di consegne attraverso l'uso della cartella informatizzata, garantendo una comunicazione efficace e sicura. Verrà sottolineata l'importanza di ridurre gli errori operativi e migliorare il lavoro di squadra. Sessioni: Aprile 1 e 15 (14:30-16:30).
5. Comunicazione tra operatori e relazioni d'aiuto
 - Esplorazione degli effetti di una comunicazione efficace tra operatori sul benessere degli ospiti, con esercitazioni su tecniche di ascolto attivo e gestione dei conflitti interni. Sessioni: Aprile 2 e 16 (13:30-14:30).



6. Violenza nelle residenze: Formazione specifica sulla prevenzione di comportamenti aggressivi e sulla gestione di situazioni di violenza nelle strutture.
7. Burnout e stress: Sessioni mirate alla prevenzione dello stress lavorativo e al supporto psicologico degli operatori.
8. Riunioni di nucleo
 - Incontri regolari per il confronto con Il Responsabile Operativo e le coordinatrici di modulo, con focus su casi complessi e condivisione di buone pratiche. Queste riunioni favoriranno un approccio collaborativo tra i membri del team.
9. sessualità dell'anziano: Approfondimento su come affrontare in modo professionale e rispettoso le tematiche legate alla sessualità degli ospiti. Incontro previsto a maggio.
10. Conflitti con i familiari: Strategie per gestire situazioni conflittuali con i familiari degli ospiti, garantendo dialogo e comprensione reciproca. Incontro previsto nel mese di dicembre;
11. Progetto "Morire...una scelta di vita": si è fatta avanti in residenza l'esigenza di avviare un percorso olistico per la gestione degli aspetti clinici, psicologici, spirituali e sociali di un momento tanto doloroso quanto delicato come quello del trapasso dell'anziano. Per questo motivo, in collaborazione con l'ULSS 4, si avvierà ad aprile un percorso di formazione on the job che coinvolgerà diversi soggetti facenti capo sia alla Residenza che all'Azienda sanitaria. Viene inserito accenno del progetto anche nel piano formativo in quanto, a partire dal Mese di Aprile si intavolerà un dialogo trasversale comprendente una formazione specifica di 8 ore ma già da mese di Maggio (e fino a luglio) inizierà un percorso di attività per piccoli gruppi al fine di redigere un documento dedicato alla presa in carico e gestione del residente in fase di chiusura del proprio ciclo di vita.

2.2 Formazione per il personale dell'area amministrativa

Si tratta di un settore che impiega un numero contenuto di dipendenti e per il quale è più facile e veloce l'individuazione degli argomenti da trattare; prosegue come per il 2025 l'aggiornamento in materia di appalti e bilancio, le cui opportunità formative saranno individuate in corso d'anno sulla base degli eventi formativi proposti da enti diversi. Altro macro-argomento è legato allo sviluppo del Sistema di gestione per la Qualità, che prevede anche per il 2025 una formazione/consulenza alle figure di Direzione e Coordinamento ma anche l'estensione della stessa ad alcune figure individuate.

Partner eletti per la formazione

Per la parte di formazione specifica, i soggetti erogatori vengono scelti di volta in volta rispetto all'argomento da trattare; anche per questa parte sono stati interpellati

- partners istituzionali (fornitori di altri servizi);
- enti di formazione selezionati in base allo specifico argomento, perché riconosciuti come esperti in materia

Le modalità di svolgimento dei corsi sono tre:

- Formazione completamente on-line: viene fornito al dipendente un link di collegamento personalizzato per poter usufruire del corso
- Formazione in aula: presso la Residenza o presso le sedi individuate dagli Enti di formazione
- Formazione blended: dove possibile, la formazione può essere mista.

È prevista la rendicontazione a consuntivo della formazione effettivamente erogata, da effettuarsi entro il mese di Febbraio 2026, data di edizione del nuovo programma formativo.

FORMAZIONE – ANNO 2025

La nuova direttiva del Ministero della Pubblica Amministrazione (c.d. Direttiva Zangrillo del 16.01.2025) contiene indicazioni relativamente agli adempimenti formativi che i dirigenti delle PA devono perseguire a partire dal 2025 all'interno delle amministrazioni di competenza. Essa mette il focus sulla formazione come leva strategica per la crescita delle pubbliche amministrazioni, ponendo specifici obiettivi formativi in capo ai dirigenti e definendo in modo particolare tre aree di intervento da attenzionare nella progettazione della formazione a partire dal 2025:

- Area della transizione amministrativa, con al quale si intende perseguire l'obiettivo di creare una nuova pubblica amministrazione, più semplice e maggiormente efficace ed efficiente;
- Area della transizione digitale, nell'ottica di globale digitalizzazione ed informatizzazione dei processi amministrativi;
- Area della transizione ecologica, per valorizzare una pubblica amministrazione che diventi sempre più sostenibile e pronta alla transizione ecosostenibile.

La progettazione e la realizzazione della formazione ai dipendenti rappresenta uno specifico obiettivo di performance dei dirigenti, concreto e misurabile; la direttiva stabilisce che ad ogni dipendente dovranno essere garantite almeno 40 ore annue di formazione, sia essa di natura obbligatoria (legata a normative cogenti) che specifica e relativa in modo particolare alle tre aree di cui sopra.

La necessità di conciliare l'obbligo con l'operatività e le risorse disponibili evidenziano alcuni limiti oggettivi rispetto al pieno rispetto della citata direttiva.

Il primo ostacolo è rappresentato dal monte ore individuato (40 ore pro-capite) che è difficilmente compatibile con l'attuale organizzazione dei servizi sanitari ed assistenziali che sono la *mission* della Residenza stessa. La formazione, infatti, viene erogata sempre al di fuori dell'orario di attività dei dipendenti per non compromettere l'operatività dei servizi che devono continuare senza soluzione di continuità ed indipendentemente da questioni organizzative. Il servizio all'utenza deve infatti essere comunque garantito per assicurare efficacia e qualità dell'assistenza, senza possibilità di interruzioni di qualsivoglia natura (basti pensare al meccanismo della precettazione in servizio in caso di agitazione sindacale, a motivo di garanzia di effettuazione di un servizio considerato essenziale). La Residenza – con l'attuale dotazione di personale – non può sostenere operativamente l'assenza ai fini formativi dei



dipendenti; Il soddisfacimento di quanto disposto dalla Direttiva in termini di numero di ore comporterebbe un'assenza, complessiva dal servizio, di 70 settimane lavorative in un anno.

La seconda criticità è rappresentata dalla sostenibilità economica: l'impegno di spesa da garantire per raggiungere l'obiettivo fissato dal Ministro è, nei fatti, un aggravio notevole al bilancio della Residenza, costantemente impegnata in un'azione di contenimento dei costi. Considerando una stima per il 2025 di 2.400 ore formative (circa 60 dipendenti per 40 ore) sarebbe necessario prevedere l'assunzione di 1,5 lavoratori per garantire i servizi, con una spesa presunta e non prevista di oltre 50 mila euro.

L'ultima criticità emersa nella fase di analisi della direttiva riguarda le aree di intervento che la direttiva stessa suggerisce come strategiche: transazione amministrativa, transazione digitale e transazione ecologica. Gli argomenti individuati dal Ministero coinvolgono principalmente il personale amministrativo e direzionale, mentre non sono rispondenti ai bisogni reali per personale infermieristico, assistenziale e professionale che rappresenta, presso l'Ente, la grande maggioranza dei dipendenti.

Ciò premesso, la Residenza crede fermamente nell'importanza della formazione per garantire, da un lato, lo sviluppo professionale del personale, dall'altro, il miglioramento della qualità dei servizi erogati agli anziani. Per questo – sulla scorta della sollecitazione della circolare ministeriale – ha adattato il proprio piano formativo pur non riuscendo a raggiungere i vincoli posti.

I criteri utilizzati per la stesura del piano formativo sono così riassumibili:

1. progettazione degli interventi formativi che tendano a conciliare l'operatività quotidiana del personale assistenziale, infermieristico e professionale e la necessità di continuità dei servizi con la necessità di garantire un congruo numero di ore di formazione;
2. sostenibilità economica del piano formativo, nel rispetto delle risorse messe a disposizione nel bilancio di previsione della Residenza;
3. aderenza degli interventi formativi a quanto imposto dalla normativa ma anche a quanto necessario per l'evoluzione delle buone pratiche assistenziali.

La Residenza ha strutturato un piano formativo che prevede mediamente 25 ore di formazione pro/capite, riservandosi di ampliare il numero in corso d'anno (tenendo in considerazione che alcune opportunità formative si presentano nel corso dei mesi e dunque non tutti gli eventi formativi sono ipotizzabili entro la data di approvazione del presente documento). Questo obiettivo è concreto e sostenibile rispetto ai criteri di stesura del piano della formazione.

Nel rispetto della direttiva succitata e secondo una buona prassi consolidata già da anni nell'Ente, la formazione verrà erogata:

- in collaborazione con enti di formazione esterni, sia per la formazione obbligatoria che per quella specifica;
- attingendo da risorse interne (responsabili, professionisti di area riabilitativa etc) per la formazione in aula ma anche per l'addestramento costante del personale delle diverse aree;
- utilizzando la piattaforma *Syllabus*, della quale verrà implementato e diffuso l'utilizzo fra il personale dipendente mediante creazione di un pacchetto di account di accesso (personale di area amministrativa)

Le ore di formazione previste riguardano:

1. formazione obbligatoria *ex lege*
2. interventi formativi professionalizzanti specifici per ogni sotto-gruppo professionale.

La progettazione e la rendicontazione vengono effettuate sistematicamente dall'ufficio personale e Formazione dell'ente.

1. **Formazione obbligatoria ex-lege**

In quest'area rientra tutta la formazione che l'Ente deve garantire per disposizione legislativa.

Si fa riferimento al D.lgs 81/2008 – c.d. Decreto sulla sicurezza nei luoghi di lavoro – agli accordi Stato – Regioni e a tutta la normativa vigente in materia.

Contenuti specifici

In modo particolare, si fa riferimento ai seguenti corsi di formazione obbligatori:

1. formazione generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, modulo base di 4 ore: questa formazione va organizzata per tutti i lavoratori, qualsiasi sia la mansione svolta. Si tratta di formazione una-tantum, non sono previsti aggiornamenti;
2. formazione specifica per le categorie di lavoratori a rischio medio e relativo aggiornamento periodico (formazione di 8 ore, prevista per figure amministrative e servizi ausiliari);
3. formazione specifica per il rischio alto e relativo aggiornamento periodico (12 ore), che riguarda tutte le categorie professionali di area tecnica e socio-sanitaria;
4. formazione per addetti alla squadra antincendio (e relativo aggiornamento quinquennale);
5. primo soccorso aziendale ed aggiornamento *ex-lege*;
6. addestramento BLS per infermieri ed operatori socio-sanitari, con relativo aggiornamento biennale;
7. formazione in materia di legge sulla privacy e trattamento dati personali

Per tutta l'area relativa alla formazione sicurezza, la Residenza si avvale di una rete di enti formativi accreditati che vengono individuati di volta in volta in base alle specifiche necessità.

Le modalità di svolgimento dei corsi sono tre:

- formazione completamente on-line: viene fornito al Dipendente un link di collegamento personalizzato per poter usufruire del corso



- formazione in aula: presso la Residenza o presso le Sedi individuate dagli Enti di formazione
- formazione blended: dove possibile secondo normativa vigente, la formazione può essere mista (on-line e in aula).

2. Formazione professionalizzante specifica per ogni sotto-gruppo professionale

2.1 Formazione per i lavoratori dell'area operativa: si definiscono annualmente i bisogni formativi ed i contenuti specifici. La raccolta dei bisogni formativi annuali avviene di norma:

1. dal confronto diretto con il personale, negli incontri programmati per nuclei/servizi;
2. dalla raccolta dei questionari di soddisfazione somministrati nel corso degli eventi formativi degli anni precedenti, nei quali il personale può esprimere le proprie preferenze;
3. su input del Responsabile Operativo e dei Coordinatori, che nell'attività quotidiana individuano le aree di maggiore carenza e dunque suggeriscono quelle che possono essere le opportunità formative più efficaci
4. dall'analisi dei dati in materia di andamento dei servizi e consumi di beni (per es. prodotti per l'incontinenza): può rendersi utile una formazione specifica laddove si ravveda la necessità di operare un retraining sulle metodologie di lavoro (per es. sporzionamento dei pasti, modalità di esecuzione dell'igiene e utilizzo dei prodotti etc).

La formazione per l'anno 2025 è stata progettata con l'obiettivo di migliorare la qualità assistenziale offerta agli anziani della struttura, promuovendo un approccio multidisciplinare e valorizzando il ruolo degli operatori socio-sanitari (OSS) e degli altri professionisti. Attraverso una programmazione strutturata, si punta a garantire l'aggiornamento continuo delle competenze tecniche e relazionali, a migliorare la sicurezza e la qualità della cura, e a monitorare costantemente alcuni indicatori, quali lesioni da pressione, contenzioni, cadute e infezioni.

La pianificazione del calendario formativo 2025 è stata costruita attorno a temi chiave che riflettono le necessità operative e strategiche della struttura:

1. Valore e professionalità dell'oss; prendersi cura dell'anziano
 - Focus sulla professionalità e sull'importanza del prendersi cura dell'anziano, con particolare attenzione agli aspetti empatici e relazionali. Le sessioni affronteranno il significato del prendersi cura non solo come compito operativo ma come valore fondante della professione. Sessioni: Febbraio 18 e 25 (14:30-16:30).
2. Tecniche di mobilitazione e strumenti operativi: presentazione del manuale
 - La prima parte della formazione è dedicata a un'introduzione teorica, che offre le basi concettuali per comprendere l'importanza delle tecniche di mobilitazione.
 - La parte centrale della formazione è dedicata alla pratica delle tecniche di mobilitazione, con l'obiettivo di garantire un apprendimento concreto e immediatamente applicabile. Gli OSS saranno divisi in piccoli gruppi per consentire un'interazione diretta e personalizzata con il formatore.
 - La formazione si conclude con la presentazione di un manuale pratico, progettato per essere una guida di riferimento per gli operatori. Sessioni intensive in Marzo: 18 (mattina e pomeriggio) e 25 (mattina).
3. Indicatori di risultato
 - Analisi e riflessione sui dati relativi agli indicatori: lesioni da pressione, contenzioni, cadute e infezioni. Si discuteranno strategie per ridurre l'incidenza di questi eventi e migliorare la qualità delle cure. Gli indicatori di qualità saranno valutati ogni sei mesi per misurare l'efficacia della formazione e l'impatto sui risultati assistenziali. Questo approccio consente di avere dati oggettivi per pianificare interventi mirati e migliorare ulteriormente i processi operativi. Monitoraggio semestrale: incontri previsti nei mesi di Marzo e Ottobre.
4. Comunicazione e sicurezza: **Passaggio di consegne e uso della cartella informatizzata**
 - Approfondimenti sulla gestione del passaggio di consegne attraverso l'uso della cartella informatizzata, garantendo una comunicazione efficace e sicura. Verrà sottolineata l'importanza di ridurre gli errori operativi e migliorare il lavoro di squadra. Sessioni: Aprile 1 e 15 (14:30-16:30).
5. Comunicazione tra operatori e relazioni d'aiuto
 - Esplorazione degli effetti di una comunicazione efficace tra operatori sul benessere degli ospiti, con esercitazioni su tecniche di ascolto attivo e gestione dei conflitti interni. Sessioni: Aprile 2 e 16 (13:30-14:30).
6. Violenza nelle residenze: Formazione specifica sulla prevenzione di comportamenti aggressivi e sulla gestione di situazioni di violenza nelle strutture.
7. Burnout e stress: Sessioni mirate alla prevenzione dello stress lavorativo e al supporto psicologico degli operatori.
8. Riunioni di nucleo
 - Incontri regolari per il confronto con Il Responsabile Operativo e le coordinatrici di modulo, con focus su casi complessi e condivisione di buone pratiche. Queste riunioni favoriranno un approccio collaborativo tra i membri del team.
9. Sexualità dell'anziano: Approfondimento su come affrontare in modo professionale e rispettoso le tematiche legate alla sessualità degli ospiti. Incontro previsto a maggio.
10. Conflitti con i familiari: Strategie per gestire situazioni conflittuali con i familiari degli ospiti, garantendo dialogo e comprensione reciproca. Incontro previsto nel mese di dicembre;



11. Progetto "Morire...una scelta di vita": si è fatta avanti in residenza l'esigenza di avviare un percorso olistico per la gestione degli aspetti clinici, psicologici, spirituali e sociali di un momento tanto doloroso quanto delicato come quello del trapasso dell'anziano. Per questo motivo, in collaborazione con l'ULSS 4, si avvierà ad aprile un percorso di formazione on the job che coinvolgerà diversi soggetti facenti capo sia alla Residenza che all'Azienda sanitaria. Viene inserito accenno del progetto anche nel piano formativo in quanto, a partire dal Mese di Aprile si intavolerà un dialogo trasversale comprendente una formazione specifica di 8 ore ma già da mese di Maggio (e fino a luglio) inizierà un percorso di attività per piccoli gruppi al fine di redigere un documento dedicato alla presa in carico e gestione del residente in fase di chiusura del proprio ciclo di vita.

2.2 Formazione per il personale dell'area amministrativa

Si tratta di un settore che impiega un numero contenuto di dipendenti e per il quale è più facile e veloce l'individuazione degli argomenti da trattare; prosegue come per il 2025 l'aggiornamento in materia di appalti e bilancio, le cui opportunità formative saranno individuate in corso d'anno sulla base degli eventi formativi proposti da enti diversi. Altro macro-argomento è legato allo sviluppo del Sistema di gestione per la Qualità, che prevede anche per il 2025 una formazione/consulenza alle figure di Direzione e Coordinamento ma anche l'estensione della stessa ad alcune figure individuate.

Partner eletti per la formazione

Per la parte di formazione specifica, i soggetti erogatori vengono scelti di volta in volta rispetto all'argomento da trattare; anche per questa parte sono stati interpellati

- partners istituzionali (fornitori di altri servizi);
- enti di formazione selezionati in base allo specifico argomento, perché riconosciuti come esperti in materia

Le modalità di svolgimento dei corsi sono tre:

- Formazione completamente on-line: viene fornito al dipendente un link di collegamento personalizzato per poter usufruire del corso
- Formazione in aula: presso la Residenza o presso le sedi individuate dagli Enti di formazione
- Formazione blended: dove possibile, la formazione può essere mista.

È prevista la rendicontazione a consuntivo della formazione effettivamente erogata, da effettuarsi entro il mese di Febbraio 2026, data di edizione del nuovo programma formativo.



5 Sezione 4: Monitoraggio

Il monitoraggio del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO sarà effettuato:

- secondo le modalità stabilite dagli articoli dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”;
- secondo le modalità definite dall’ANAC, relativamente alla sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”;
- su base triennale dall’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell’articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, relativamente alla Sezione “Organizzazione e capitale umano”, con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di performance.