

**I.P.A.B. "SUOR DIODATA BERTOLO"**  
***Via San Gaetano n. 24***  
**36066 SANDRIGO (VI)**

# **Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2022-2024**

Approvato con O.P. n° 03/2022 in data 30.06.2022 e pubblicato nell'apposita sezione della "Amministrazione trasparente" del sito internet [www.diodatabertolo.it](http://www.diodatabertolo.it).

## **Sommario (basato su linee guida Dipartimento Funzione Pubblica del 06.12.2021)**

---

### **SEZIONE 1**

- 1. Premessa
- 1.1. Presentazione dell'Ente
- 1.2. Scheda Anagrafica

### **SEZIONE 2**

- 2.1 Valore Pubblico
- 2.2 Piano Performance
- 2.3 PTPCT

### **SEZIONE 3 -ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

- 3.1 Struttura organizzativa
- 3.2 Piano organizzativo lavoro agile - POLA
- 3.3 PTFP – Piano triennale fabbisogni del personale

### **SEZIONE 4 - MONITORAGGIO**

# SEZIONE 1

## 1.PREMESSA

Il **Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO)**, introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, costituisce una guida per la programmazione, nell'ottica di semplificazione degli adempimenti a carico degli Enti, con una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Il PIAO ha come obiettivo la **qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa** attraverso il miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese con la **costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi** anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

La norma prevedeva che, entro il *31 gennaio 2022*, ogni amministrazione con più di 50 dipendenti (scuole escluse) dovesse presentare il proprio PIAO, ma il Decreto Legge n. 228/2021 "Milleproroghe" prevede: "... dopo il comma 6 e' aggiunto il seguente: «6-bis. In sede di prima applicazione il Piano e' adottato entro il **30 aprile 2022** ...". Successivamente, con il D.L n. 36/2022, si è disposta una ulteriore posticipazione al 30.06.2022.

*Il PAIO viene pubblicato nel sito internet istituzionale ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) e ha durata triennale con aggiornamento con cadenza annuale.*

### 1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE

L'impegno di Sandrigo per gli anziani prende corpo qualche tempo dopo la seconda Guerra mondiale. Fino alla fine degli anni '60 un piccolo numero di persone anziane era ospitato presso l'Ospedale Civile di Sandrigo in un reparto separato.

Con l'avvento di nuove norme sulla sanità pubblica, il reparto è stato soppresso e le persone ospitate sono state dimesse.

L'Amministrazione comunale ha affrontato la situazione con urgenza provvedendo da una lato ad alloggiare gli ospiti presso alcune case di riposo limitrofe, dall'altro a ristrutturare l'ex asilo infantile di Via S. Gaetano, ormai in disuso.

Nel 1973 fu inaugurata la nuova Casa di Riposo in Sandrigo, furono fatti rientrare tutti gli ospiti ricoverati altrove e ne fu affidata la gestione all' E.C.A. (Ente Comunale di Assistenza) ente istituito in ogni Comune d'Italia con legge del 1937, allo scopo di ...."assistere individui e famiglie in condizioni di particolari necessità".

L' E.C.A. provvide ad organizzare la struttura con il personale ed i mezzi necessari, ospitando all'inizio persone non autosufficienti, ed amministrò la struttura fino al 1978, anno in cui l'Ente fu sciolto, in forza della Legge Regionale n. 26/1978.

Personale e mezzi furono trasferiti al Comune di Sandrigo che gestì direttamente la Casa di Riposo fino al 1995 quando fu eretta in I.P.A.B. ( Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza) com' è tuttora.

Il percorso dall' ECA all' IPAB è scandito dai seguenti avvenimenti:

- **23 dicembre 1992:** il Consiglio Comunale di Sandrigo approva lo statuto della nuova I.P.A.B. con deliberazione n. 293

- **27 gennaio 1993:** il Co.Re.Co. ( Comitato regionale di controllo) prende atto della deliberazione senza osservazioni, con ordinanza n.395/1
- Il tutto viene inviato al Presidente della Regione per il decreto di approvazione, ma la Giunta Regionale propone osservazioni e modifiche
- **23 dicembre 1994:** il Consiglio Comunale di Sandrigo accoglie le osservazioni e modifiche proposte dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 104.
- **24 gennaio 1995:** il Presidente della Giunta Regionale del Veneto decreta il riconoscimento giuridico dell' Ente come Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza in base alla Legge statale del 1890.

La gestione della Casa di riposo passa definitivamente all'**IPAB Suor Diodata Bertolo** che, in quel momento, accoglie 47 ospiti complessivamente.

Nel corso del 2002 viene acquisito un reparto di casa di riposo, in precedenza gestito dall'Istituto Salvi di Vicenza, presso la **sede dell'ex ospedale di Sandrigo** di proprietà dell'Azienda ULSS n.6, nel 2004 ancora presso la sede del centro Sanitario Polifunzionale di Piazza Zanella (ex ospedale) viene aperta una RSA da riconversione ospedaliera a valenza riabilitativa di 30 posti letto successivamente trasformato in NAISS (Nucleo di Assistenza Intermedia Socio Sanitaria) ed ora ulteriormente trasformatosi in Unità Riabilitativa Territoriale (26 posti letto) e Ospedale di Comunità (12 posti letto).

Attualmente l'IPAB gestisce globalmente 164 posti letto di cui 120 di Centro Servizi per Anziani non Autosufficienti, 6 posti letto per anziani autosufficienti (per i quali è stata acquisita autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per la trasformazione in posti per non autosufficienti a ridotto minimo bisogno assistenziale), 6 posti di Centro Diurno per anziani non autosufficienti, 26 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale e 12 posti letto di Ospedale di Comunità.

L'Ente accoglie per i servizi di residenzialità definitiva e diurna, persone auto e non autosufficienti principalmente dal Distretto Est dell'Ulss8 Berica ma anche dal Distretto Ovest della stessa Ulss e dalle aziende Ulss limitrofe.

Le due sedi dell'Ente sono ubicate a poca distanza dal centro cittadino e dispongono di aree verdi, in particolare la Struttura di Via San Gaetano dispone di un grande parco attrezzato. Sono stati ultimati i lavori della nuova sede affiancata alla struttura di Via San Gaetano.

La struttura organizzativa è divisa in Nuclei affidati a Coordinatori di Nucleo, le figure riabilitative sono coordinate da una specifica figura. L'ambito amministrativo, con gli uffici: segreteria, economato, rette ragioneria e risorse umane, è coordinato dalla Responsabile dell'Area Amministrativa. Il Responsabile della Qualità ha il compito di implementare i percorsi del miglioramento continuo.

L'Ente ha esternalizzato alcuni servizi quali il servizio di ristorazione, lavanderia ed il servizio di pulizia degli ambienti.

## MISSION

*"L'IPAB Suor Diodata Bertolo è un Ente che riconosce la centralità della persona in tutte le sue componenti e persegue obiettivi di benessere fisico, psicologico, sociale e di tutela;*

*l'IPAB Suor Diodata Bertolo dà risposte costanti ai bisogni assistenziali, sanitari e sociali delle persone in difficoltà ed in particolare delle persone anziane autosufficienti e non autosufficienti"*

## **UNITA' DI OFFERTA**

### **SEDE DI PIAZZA ZANELLA**

#### **Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti**

La sede di Piazza Zanella può accogliere 56 Ospiti non autosufficienti a ridotto-minimo bisogno assistenziale (1° livello) e 24 Ospiti non autosufficienti a maggior bisogno assistenziale (2° livello). Le unità di offerta sono organizzate in nuclei ed affidati a diversi team di OSS e Infermieri.

Il Coordinamento è affidato a Coordinatori di Nucleo (OSS appositamente formato) e al Coordinatore Infermieristico (Infermiere) che ha il compito di effettuare un coordinamento di tutta la struttura. Nei Nuclei operano due Medici di Medicina Generale. Le figure professionali di Assistente Sociale, Fisioterapista, Logopedista, Educatore/Animatore e Psicologo, operano in modo trasversale nei diversi nuclei e nelle altre sedi dell'Ente.

Alcuni nuclei condividono vari spazi comuni quali: l'ambulatorio medico, quello infermieristico, il cucinotto di reparto, la palestra e la sala animazione.

#### **Unità Riabilitativa Territoriale URT.**

Presso il primo piano del Centro Polifunzionale di Piazza Zanella (ex Ospedale) è attivo un nucleo di Unità Riabilitativa Territoriale di 26 posti letto attivato con la trasformazione del Nucleo N.A.I.S.S. di 30 posti letto aperto nel 2004 con un progetto di RSA da riconversione ospedaliera ad indirizzo riabilitativo.

Il nucleo è assistito da un team dedicato Infermieri, Case Manager, Operatori Socio Sanitari, mentre Assistenti Sociali, Fisioterapisti, logopedista, e psicologo operano in modo trasversale. Il servizio medico è affidato ad un medico identificato dall'Azienda ULSS n.6. L'URT è coordinata da un Coordinatore Infermieristico.

L'Ente con provvedimento del Comune di Sandrigo (Prot. 2377 del 21.06.2016) ha ricevuto l'autorizzazione alla realizzazione per un n. 30 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale URT. L'autorizzazione all'esercizio e il conseguente accreditamento istituzionale sono stati successivamente acquisiti per n. 26 posti letto in relazione alla nota dell'Azienda Ulss n. 6 Vicenza (prot. 75599 del 21/10/2016) in cui si esplicita che "il piano economico finanziario di sostenibilità [...] stabilisce che il numero massimo di posti letto, attivabili in una prima fase, si attesta in 26 posti letto.

#### **Ospedale di Comunità**

Al primo piano del Centro Polifunzionale di Piazza Zanella sono attivi anche n. 4 posti letto di Ospedale di Comunità attivati con la trasformazione del Nucleo N.A.I.S.S. di 30 posti letto aperto nel 2004 con un progetto di RSA da riconversione ospedaliera ad indirizzo riabilitativo. Il nucleo è assistito da un team dedicato Infermieri, Case Manager, Operatori Socio Sanitari, mentre Assistenti Sociali, Fisioterapista, logopedista, e psicologo operano in modo trasversale. Il servizio medico è affidato ad un medico identificato dall'Azienda ULSS n.6. L'URT è coordinata da un Coordinatore Infermieristico.

L'Ente con provvedimento del Comune di Sandrigo (Prot. 3599 del 10.10.2016) ha ricevuto l'autorizzazione alla realizzazione per un n. 20 posti letto di Ospedale di Comunità. L'autorizzazione all'esercizio e il conseguente accreditamento istituzionale sono stati successivamente ridotti a n. 4 posti letto e motivati dalla limitata sostenibilità economica del progetto come precisato con nota prot. 339988 del 02.09.2016 Unità Organizzativa Strutture Intermedie e socio-sanitarie territoriali della Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto.

Successivamente la Regione Veneto con DGR nr. 614 del 14 maggio 2019 ha definito l'assegnazione di ulteriori n° 8 posti letto di Ospedale di Comunità a questo Ente per i quali è stato acquisito sia l'autorizzazione all'esercizio che l'accreditamento istituzionale. Si è in attesa di stipulare il nuovo accordo contratto con l'azienda Ulss 8 Berica per la definitiva attivazione dei posti.

### SEDE DI VIA SAN GAETANO

#### Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti e Centro Diurno.

Il reparto San Gaetano è la sede storica dell'Ente è disposta su due piani ed è assistita da un unico team di OSS e Infermieri.

Il Coordinatore di Nucleo (OSS appositamente formato) si prende carico della sede per 36 ore settimanali. Nel Nucleo opera un Medico di Medicina Generale dedicato. Le figure professionali di Assistente Sociale, Fisioterapista, Logopedista, Educatore/Animatore e Psicologo, operano in modo trasversale anche nelle altre sedi dell'Ente.

E' appena stato completato il primo stralcio funzionale della nuova struttura di Via San Gaetano adiacente a quella esistente.

Nella nuova struttura, per cui si chiede l'autorizzazione all'esercizio, verranno trasferiti tutti i posti letto presenti nella sede storica, in particolare:

- n. 40 posti letto per persone anziane non autosufficienti,
- n. 6 posti letto per persone anziane non autosufficienti attivati per trasformazione dei posti letto per autosufficienti esistenti
- n. 6 posti di Centro Diurno per anziani non autosufficienti.

Il lotto uno della nuova struttura è stato temporaneamente modificato per permettere la collocazione di tutti i locali previsti dalla L.R. 22/2002.

Una volta trasferiti tutti gli Ospiti dalla sede storica alla nuova struttura, verrà avviata la costruzione di un secondo stralcio funzionale (lotto due) che prevede la ristrutturazione completa della vecchia sede.

Completati i lavori del lotto due, la struttura di Via San Gaetano potrà accogliere ulteriori 30 posti letto per persone anziane non autosufficienti. E' prevista la revisione delle modifiche realizzate temporaneamente nel lotto uno, con redistribuzione di alcuni locali, in modo da rendere i lotti uno e due completamente integrati e funzionali per tutti i 76 posti letto per persone anziane non autosufficienti e per i 6 posti di Centro Diurno.

### LE SEDI

L'Ente dispone di diverse sedi operative nelle quali vengono offerti servizi differenziati:

SEDE	Indirizzo	descrizione
SAN GAETANO	Via S. Gaetano 24 36066 - SANDRIGO	Sede storica dell' Ente. Offre servizi di Casa di Riposo per la residenzialità definitiva e temporanea Centro diurno per ospitalità semiresidenziale.
PIAZZA ZANELLA	presso Centro sanit. Polifunzionale (ex Ospedale)	Al 1° piano: Nuclei di strutture intermedie di Unità Riabilitativa territoriale (URT) e Ospedale di Comunità (OdC).
	Piazza Zanella 36066 . SANDRIGO	Al 3° piano : Casa di Riposo con residenzialità definitiva e temporanea. Nuclei di ridotta e media intensità assistenziale.
CASA NOARO	Via S. Gaetano 31 36066 - SANDRIGO	Palazzina in centro storico; offre piccole unità abitative per persone autosufficienti.

## **1.2 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

<b>Denominazione Ente</b>	<b>IPAB SUOR DIODATA BERTOLO</b>
<b>Sede legale</b>	<b>Via S. Gaetano, 24 – Sandrigo (VI)</b>
<b>Codice fiscale Ente</b>	<b>95037220241</b>
<b>Partita Iva Ente</b>	<b>02522530241</b>
<b>Contatti</b>	<b>Telefono: 0444 756492</b> <b>e-mail: <a href="mailto:segreteria@diodatabertolo.it">segreteria@diodatabertolo.it</a></b> <b>pec: <a href="mailto:diodatabertolo@pec.it">diodatabertolo@pec.it</a></b>
<b>Sito internet</b>	<b><a href="http://www.diodatabertolo.it">www.diodatabertolo.it</a></b>

## **SEZIONE 2**

### **2.1 VALORE PUBBLICO**

La **missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico** a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale. Si evidenziano di seguito atti di programmazione relativi agli obiettivi (Performance) e alle risorse umane.

### **2.2 PIANO PERFORMANCE**

Il Piano delle Performance risulta il seguente:

#### *Premessa*

Le IPAB e gli Enti Locali non risultano, diretti destinatari delle norme di cui al D.Lgs 150/2009 e alle modifiche di cui al D. Lgs. 74/2017, non sono obbligate alla costituzione dell'OIV, ma rientrano fra gli Enti locali soggetti all'adeguamento dei loro ordinamenti pur nell'autonomia organizzativa e regolamentare che li caratterizzano;

Ciò premesso, questa Amministrazione nell'ambito della propria autonomia statutaria e regolamentare, adotta il presente Piano delle Performance per il periodo 2018/2020, precisando che la natura programmatica del Piano rende maggiormente evidenziabili gli obiettivi per il 2018 (stabiliti in apposita delibera del CdA), risultando non di semplice attuazione l'evidenziazione del biennio successivo.

Il presente documento risulta assai utile anche per soddisfare quanto richiesto dall'Ulss 8 in tema di rinnovo delle procedure di accreditamento (L.R.22/2002-Dgr 84/2007) che prevedono la creazione di modelli di programmazione e di rendicontazione degli obiettivi in un Ente inserito nel sistema autorizzativo Regionale.

Pertanto, la rappresentazione dello sviluppo dello schema è la seguente:

- 1. Presentazione dell'Ente
- 2. Analisi del contesto
- 3. Obiettivi: classificazione
- 3.1 Obiettivi: individuazione
- 3.2 Obiettivi: valutazione
- 4. Coerenze con il bilancio

Lo schema rappresenta uno strumento snello e gestibile adatto alla peculiarità organizzativa di questa IPAB e si concentra prioritariamente sugli obiettivi dell'anno 2018, risultando difficilmente attendibile una programmazione su base triennale poiché l'esito di molte iniziative (capacità recettiva, potenziamento Alzheimer, servizi territoriali ...) dipende dalla volontà programmatica di altri soggetti istituzionali (Regione Veneto in primis).

- 1. **PRESENTAZIONE DELL'ENTE** (omissis, vedasi Sezione 1, punto 1.1)
- 2. **ANALISI DEL CONTESTO**

Gli obiettivi del piano della performance debbono necessariamente inserirsi in un contesto operativo Socio Sanitario in profondo mutamento negli ultimi anni e che fa riferimento alla nascita della nuova Ulss n°8-Berica a seguito dell'accorpamento delle due pregresse Ulss n°6 e Ulss n°5.

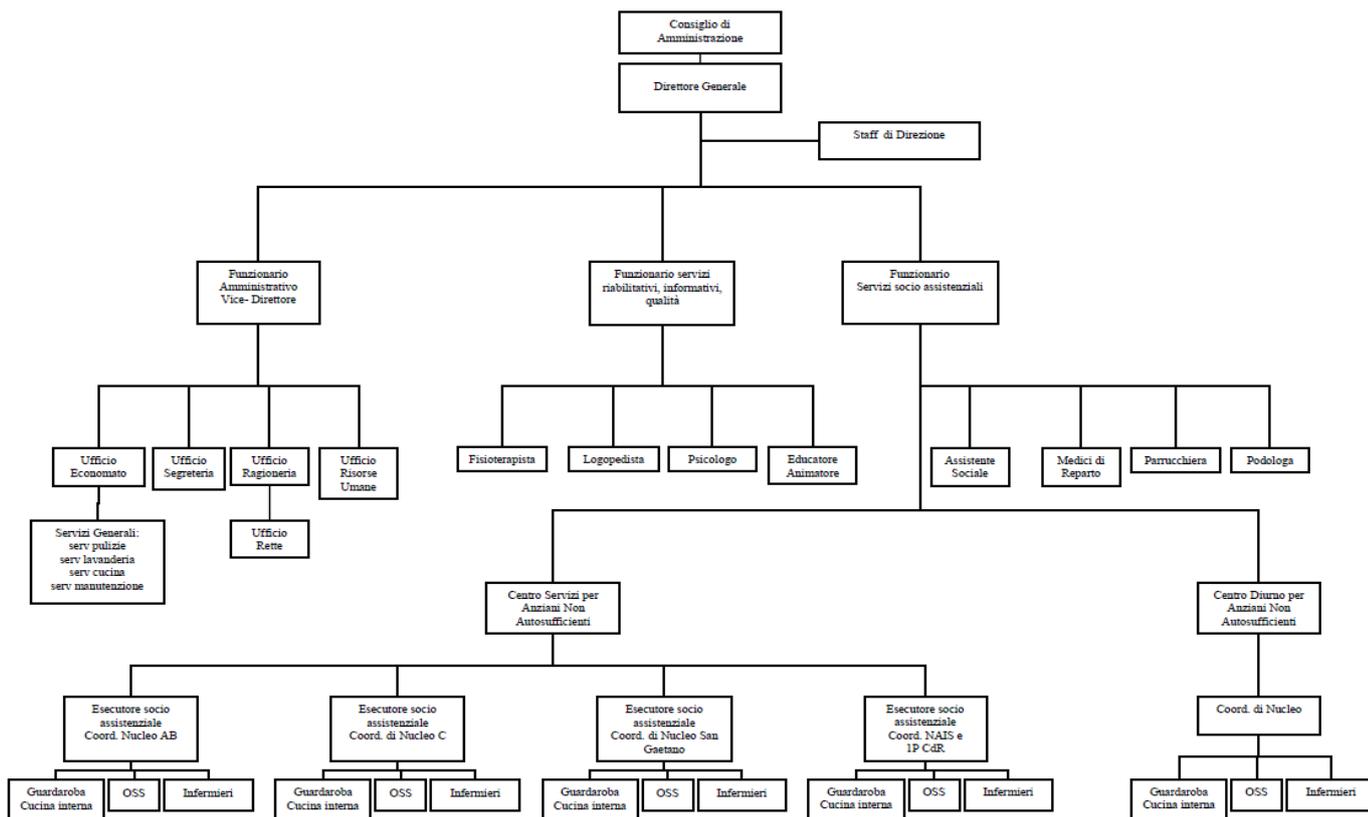
Strumento di programmazione locale è il Piano di Zona della citata nuova Ulss 8 all'interno della quale l'IPAB è destinata, nell'ambito del Distretto Est della medesima, a recitare un ruolo attivo ed importante.

Si precisa che con il sistema delle impegnative di residenzialità, sono favoriti anche gli spostamenti fuori ULSS, nell'intento di rispondere meglio al principio della libera scelta dell'utente.

In questo scenario di ormai evidente concorrenzialità fra strutture, strategica è la capacità dell'Ente di offrire un buon rapporto fra tariffazione e qualità dei servizi offerti all'utenza, la qualcosa ha sempre storicamente caratterizzato l'attività dell'IPAB.

In questo contesto, l'Ente si è dotato di un organigramma, in linea con gli standards regionali di cui alla DGR 84/2007, le cui risultanze sono qui di seguito evidenziate:

IPAB "SUOR DIODATA BERTELO" SANDRIGO  
ORGANIGRAMMA

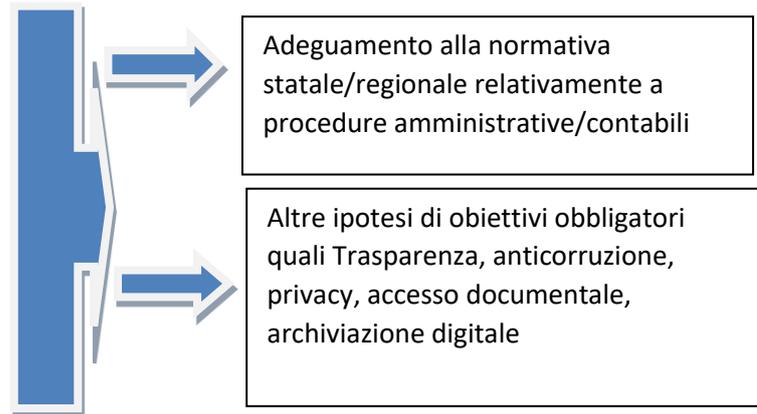


Approvato con delibera CdA n.22 del 28/08/2013

- 3. **OBIETTIVI: CLASSIFICAZIONE**

Prima della individuazione degli obiettivi, occorre procedere all'adozione di una metodologia nella loro classificazione, in base a determinati elementi di valutazione, partendo dal seguente schema di riferimento:

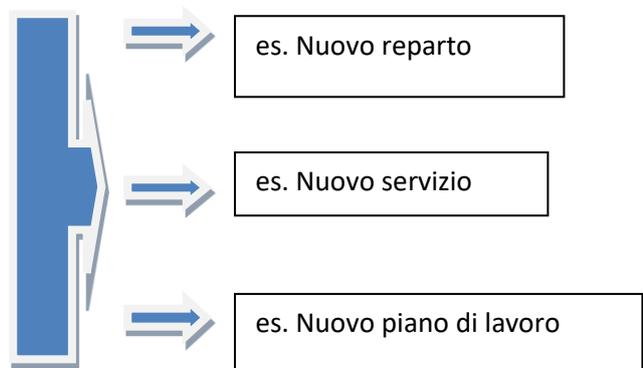
- Obiettivi “**obbligator**”  
(imposti dalla normativa)



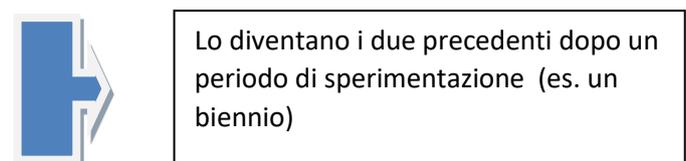
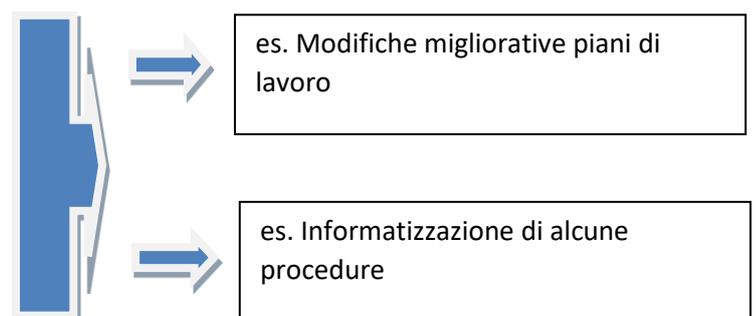
- Obiettivi “**facoltativi**”  
(scelti dall’organizzazione)



- Obiettivi **altamente innovativi**



- Obiettivi **innovativi**



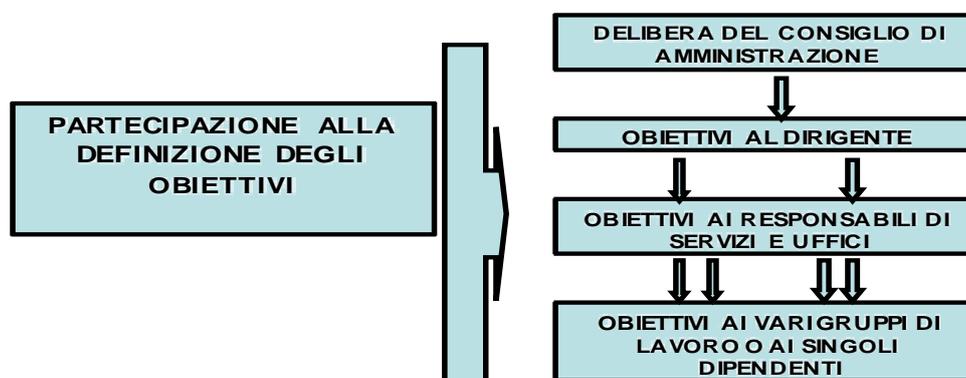
- **Obiettivi di mantenimento**

La classificazione di cui sopra, pur non rispecchiando del tutto, ad oggi, la classificazione del D. Lgs. 74/2017 consente comunque di evidenziare nel Piano medesimo gli obiettivi generali e specifici, i primi più propriamente legati alla performance dell'Ente, i secondi alle prestazioni e alla partecipazione individuale o di gruppo. Gli obiettivi sono coerenti con le caratteristiche richieste dall'art. 5 comma 2 del D.Lgs. 150/2009 così come modificato dal D.Lgs. 74/2017.

Altro punto importante della metodologia è quello delle "coerenze" di tutte le componenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi professionali.

Tale coerenza e coesione è garantita dal sistema degli "OBIETTIVI A CASCATA", uno schema che tende ad orientare tutte le strutture organizzative e il personale dell'Ente al perseguimento di obiettivi comuni finalizzati al consolidamento e alla crescita dell'Ente.

Lo schema è il seguente:



### - 3.1 OBIETTIVI: INDIVIDUAZIONE

Gli obiettivi ogni anno vengono definiti per il Dirigente – Direttore con Delibera del Consiglio di Amministrazione; per quanto concerne le Posizioni Organizzative e per tutto il personale dei vari servizi/ uffici dell'Ente vi provvede il Direttore con apposita assegnazione individuale.

### - 3.2 OBIETTIVI: VALUTAZIONE

La valutazione dei risultati per il Dirigente e le Posizioni Organizzative viene effettuata dal Nucleo di Valutazione.

La valutazione del restante personale dell'Ente viene effettuata annualmente, utilizzando il modello di scheda di valutazione predisposto dall'Amministrazione, e distinta per ogni profilo professionale, ed è composta di due parti:

- 1) Prima parte: obiettivi assegnati al singolo lavoratore o ad un gruppo di lavoratori in riferimento all'attività svolta e agli obiettivi dell'Ente o delle singole strutture/servizi/nuclei;
- 2) Seconda parte: competenze – comportamenti professionali ed organizzativi.

Entro il mese di dicembre di ogni anno, viene consegnata la summenzionata scheda di valutazione, che viene compilata, sottoscritta e restituita dal singolo dipendente entro il 31 gennaio. L'Amministrazione provvede alla propria valutazione ed alla riconsegna della scheda al dipendente entro il 30 aprile.

Entro 15 giorni dal ricevimento della scheda, il dipendente può presentare eventuali reclami al Direttore Generale, il quale sentito l'interessato, entro i successivi 20 giorni, assume le proprie decisioni, che vengono formalmente comunicate all'interessato.

#### **- 4. COERENZA CON IL BILANCIO**

Gli obiettivi fissati annualmente dal Consiglio di Amministrazione e a cascata dal Dirigente al restante personale devono, al fine della loro sostenibilità economica, essere coerenti con le risorse finanziarie del bilancio economico annuale di previsione.

Nell'ipotesi che alcuni obiettivi non possano essere raggiunti ovvero ne debbano essere previsti degli altri, si procederà alle dovute variazioni di natura economico finanziaria e organizzativa che si rendano necessarie.

## **2.3 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2022 – 2024**

Il PTPCT è stato approvato con delibera del CdA n° 08/22 in data 26.04.2022

### **INDICE**

	Premessa
Art. 1)	Organizzazione e contenuti dei documenti di programmazione anticorruzione e trasparenza Principali contenuti: 1.1 Analisi di contesto esterno ed interno 1.2 Mappatura dei processi e individuazione delle attività con rischio di corruzione 1.3 Valutazione del rischio 1.4 Misure atte a prevenire il rischio di corruzione
Art. 2)	La programmazione del monitoraggio del PTPCT
Art. 3)	Trasparenza
Art. 4)	Rotazione degli incarichi
Art. 5)	Formazione del personale
Art. 6)	Segnalazione di atti di corruzione – procedura e protezione del denunciante
Art. 7)	Adozione annuale del PTPCT
Art. 8)	Pubblicazione del PTPCT
Art. 9)	Sanzioni

#### **Premessa**

Il 3 febbraio 2022, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha presentato gli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza", con cui ha fornito, a tutte le Amministrazioni tenute all'adozione di misure per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza amministrativa nonché del diritto di accesso civico, un quadro quanto più esaustivo dei contenuti che i documenti di pianificazione devono ricomprendere al fine della loro completezza e capacità di incidere effettivamente sul fenomeno che intendono prevenire.

Gli "Orientamenti" dell'Autorità, peraltro, si inseriscono in un quadro generale nel quale è in corso di compimento un'importante riforma delle modalità di pianificazione e programmazione strategica ed operativa della Pubblica Amministrazione italiana. Infatti, con il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto per tutte le Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. n. 165/20012, ad esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, che nelle intenzioni del legislatore dovrebbe non solo sostituire diversi documenti di pianificazione e programmazione, fra cui i principali sono il Piano della Performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, ma anche, per la prima volta, uniformare le modalità di redazione del Piano fra Enti dello Stato ed Enti Locali.

A tal proposito, al fine dell'integrazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza all'interno del PIAO, occorrerà attendere l'emanazione del decreto del Dipartimento

della Funzione Pubblica che adotta un Piano tipo e del decreto del Presidente della Repubblica che definisce l'abrogazione delle norme che disciplinano i singoli Piani che confluiranno nel PIAO.

Alla luce, dunque, del quadro appena delineato, si è ritenuto utile, aggiornare il presente PTPC e approfondire le indicazioni contenute nei citati "Orientamenti", funzionali alla programmazione dell'Amministrazione - per l'anno 2022 -

## 1) **Organizzazione e contenuti dei documenti di programmazione anticorruzione e trasparenza**

In linea generale, il nuovo modello di pianificazione e programmazione per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, dovrà attenersi ai seguenti criteri di redazione:

- a) organizzazione logico-sistematica del documento;
- b) utilizzo di un linguaggio tecnicamente corretto ma fruibile ad un novero di destinatari eterogeneo;
- c) redazione di un documento di facile consultazione, facendo eventualmente ricorso ad allegati, link esterni o rinviando a specifici provvedimenti che trattano la materia;
- d) prevedere delle misure tenendo conto della effettiva utilità delle stesse, ma anche della relativa sostenibilità amministrativa.

### **Principali contenuti**

#### **1.1 Analisi del contesto esterno ed interno**

##### **1.1.1) Analisi del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno si avvale dei dati contenuti nelle Relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentate dal Ministro dell'Interno e reperibile nel sito della Camera dei Deputati, dalla quale emerge che nelle Province di Vicenza e Padova, ambito entro cui si può ritenere circoscritta l'attività di questo Ente, non risultano accertati fenomeni criminali di particolare importanza riconducibili alle attività prese in considerazione dal presente documento.

##### **1.1.2) Analisi del contesto interno**

###### **1.1.2.1) L'assetto istituzionale (art. 5 – Statuto dell'Ente)**

L'organo istituzionale di governo e di indirizzo dell'Ente è il **Consiglio di Amministrazione** composto da cinque membri nominati dal Comune di Sandrigo, in carica per cinque anni. Il Consiglio di Amministrazione svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

**L'organo di gestione**, nominato dal Consiglio di Amministrazione è il **Direttore Generale** ed ha il compito di rendere operativi gli indirizzi del Consiglio stesso in una logica di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

Il Direttore Generale si avvale di uno Staff di Direzione composto dai Responsabili dell'Area Amministrativa, dell'Area dei Servizi alla Persona, della Qualità oltre che dal Direttore stesso. Lo Staff di Direzione ha compiti di consulenza e supporto nelle scelte gestionali del Direttore Generale.

**L'organo di controllo**, nominato dalla Regione Veneto, è il Revisore Unico dei Conti ha il compito di verificare la regolarità dei conti dell'Ente ed il rispetto delle norme e dura in carica per un quinquennio rinnovabile una sola volta.

**L'organo di rappresentanza degli utenti**, è il Comitato di rappresentanza degli Ospiti e dei familiari composto da 5 membri; dura in carica 2 anni ed ha il compito di collaborare con l'Ente per la migliore qualità dei servizi e la tempestiva diffusione delle informazioni alle famiglie.

### 1.1.2.2) La struttura organizzativa

L'organizzazione si struttura in due aree, una amministrativa e l'altra dei servizi alla persona, ognuna coordinata da un Responsabile.

E' attiva la figura di Responsabile della Qualità, con il compito di stimolare il miglioramento continuo della qualità del servizio.

#### **AREA AMMINISTRATIVA**

Le funzioni di tale area sono di tipo contabile-amministrativo e si pongono come obiettivo l'espletamento di tutte le pratiche obbligatorie per legge e di supporto/informazione ad utenti, familiari, dipendenti ed esterni in genere garantendo celerità nelle risposte, precisione e trasparenza.

L'area ha un **Responsabile dell'Area amministrativa**, ed è strutturata in cinque uffici:

UFFICIO SEGRETERIA è l'ufficio preposto alla raccolta, registrazione, pubblicazione e distribuzione della corrispondenza e di ogni altro flusso informativo.

UFFICIO ECONOMATO provvede alla raccolta e all'espletamento di gare per piccoli acquisti, controlla i magazzini e collabora con gli altri uffici per la predisposizione delle gare d'appalto.

UFFICIO RETTE provvede alla determinazione ed elaborazione delle rette di degenza degli Ospiti della Struttura e del controllo contabile di avvenuto pagamento nonché di tutte le pratiche ad esse collegate.

UFFICIO RISORSE UMANE provvede alla gestione degli aspetti economico-giuridici del personale dipendente nonché alla gestione organizzativa dei dipendenti al fine di favorire la formazione, la motivazione e la correttezza dei rapporti.

UFFICIO RAGIONERIA è l'ufficio preposto all'elaborazione dei dati contabili ai fini di bilancio e fiscali; inoltre elabora controlli di bilancio atti a mantenere i livelli di spesa proporzionati alle entrate.

#### **AREA SERVIZI ALLA PERSONA**

L'Area dei Servizi alla Persona è diretta da un **Responsabile dei servizi alla persona** (e in sua assenza dalla direzione generale).

E' responsabile dei servizi socio sanitari ed assistenziali e delle figure professionali che operano a diretto contatto con gli Ospiti accolti e coordina gli interventi del personale medico sanitario.

Nell'Area dei Servizi alla Persona sono presenti specifiche figure che coordinano i singoli servizi e le attività operative di Nuclei e Reparti, ed è così organizzata:

- Il **Responsabile dell'Area Riabilitativa** si occupa della programmazione e della gestione del servizio riabilitativo; nello specifico delle figure del fisioterapista, della logopedista, dello psicologo dell'area clinica e dell'educatore professionale/animatore.
- Il **Coordinatore di Nucleo** si occupa della gestione dell'attività operativa di ogni singolo Nucleo, provvedendo ad orientare ed integrare tale attività verso il

raggiungimento degli obiettivi di salute di ogni singolo ospite individuati dall'Unità Operativa Interna.

- Il **Coordinatore Infermieristico** che sovrintende alle attività di tutta l'area infermieristica.
- **Staff operativo**: composto da Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Assistenti sociali, Educatori Professionali, Psicologo, Fisioterapisti, Logopedista, Case Manager per le attività sanitarie di URT e OdC.

### 1.1.2.3) L'organizzazione tecnologica

L'Ente consta di una organizzazione tecnologica molto strutturata che riguarda sia l'ambito relativo ai pacchetti applicativi software che l'ambito hardware.

In particolare, per quanto riguarda la parte gestionale, l'ente ha in uso i seguenti software a supporto delle attività amministrativo-contabili, sanitarie e organizzative. A titolo esemplificativo, i principali software in uso sono:

Archiviazione Documentale  
Cartella-socio- sanitaria Digitale  
Cartella-Area Attività e Controllo  
Cartella-Area Sanitaria  
Cartella-Area Valutazione  
Cassa Economato 2.0  
Certificazione Crediti 2.0  
Conservazione sostit. doc. Completa  
Conservazione sostit. doc. Protocollo  
Contabilità Analitica 2.0  
Contabilità Economica 2.0  
Contabilità Utenti 2.0  
Fatturazione Elettronica Completa  
Gestione Budget 2.0  
Gestione Cespiti 2.0  
Gestione Protocollo  
Gestione Turni Lavoro NEW 101-150 dip.  
Inventario Beni 2.0  
MULTISEPA Stipendi SCT  
Ord.Informatico C/C tes.Economica 2.0  
Passaggio automatico Stipendi-Economica  
Password NEW  
Rilevazione Presenze  
SEPA DIRECT DEBIT SDD  
Scheda SVAMA.

Per quanto riguarda la parte hardware e sicurezza l'Ente consta di una rete informatica così strutturata:

- 1 Windows server 2012R2, utilizzato come host fisico (host 1) su cui sono attivi due server virtuali;
- 1 virtual machine sul Windows server 2012R2, con Windows server 2012R2, utilizzato come file server;
- 1 virtual machine sul Windows server 2012R2, con Windows server 2012R2, utilizzato come server gestionale;

- 1 Windows server 2012R2, utilizzato come host fisico (host 2) su cui sono attivi due server virtuali;
- 1 virtual machine sul Windows server 2012R2, con Windows server 2008, utilizzato come server di dominio e mail server con Exchange;
- 1 virtual machine sul Windows server 2008, con Windows server 2008, utilizzato come terminal server;
- 1 Windows server 2012R2, utilizzato come host fisico (host 3) su cui sono attivi due server virtuali;
- 1 virtual machine sul Windows server 2012R2, con Windows server 2012R2, utilizzato come server antivirus (ESET NOD endpoint antivirus), print server, Veeam Backup;
- 1 virtual machine sul Windows server 2008, con Windows server 2008, utilizzato come terminal server;
- 1 Windows server 2008R2, utilizzato come host fisico (host 4) su cui è attivo un server virtuale;
- 1 virtual machine sul Windows server 2008, con Windows server 2008, utilizzato come terminal server;
- 1 host VMware versione ESXI 6.0.0. Free su cui sono attivi 2 router Router/Firewall PF-SENSE 2.4.5-RELEASE, utilizzati per la navigazione su Internet;
- connessione via ponte radio del nucleo San Gaetano con la sede principale, utilizzato per l'accesso di quattro client via terminal server;
- 1 sistema NAS con 2 hard-disk da 4TB in configurazione RAID1, utilizzato per i backup dei vari server; due dischi USB da 2 TB per il backup ridondante. Sistema VEEAM BACKUP ESSENTIALS ENTERPRISE;
- Antivirus ESET NOD32 ENDPOINT SECURITY, installato sul server e ENDPOINT SECURITY Agent a cascata sui vari client;
- I vari clients (circa 30) sono connessi via LAN, utilizzando il cablaggio dell'USL, presso il quale risiedono sia gli uffici amministrativi che i reparti per gli ospiti;
- Sono attive connessioni VPN attraverso OPEN-VPN e Router/Firewall PF-SENSE 2.4.5-RELEASE per la connessione in RDP attraverso n.4 tablet in uso alle Coordinatrici e 7 notebook.

Per l'utilizzo dei sistemi informatici, l'Ente ha regolamentato tutte le relative attività al quale tutto il personale dipendente deve attenersi.

Il Regolamento è stato deliberato dal Consiglio di Amministrazione con delibera n° 27 del 22/07/2010; tale regolamento disciplina l'utilizzo dei personal computer, la gestione ed assegnazione delle credenziali di autenticazione, l'utilizzo della rete, l'utilizzo dei supporti rimovibili, uso della posta elettronica, la navigazione su internet, la protezione antivirus, l'utilizzo dei telefoni e fotocopiatrici, l'osservanza della normativa sulla privacy, l'accesso ai dati, ecc.

#### **1.1.2.4) Eventi corruttivi**

Per quanto riguarda direttamente l'attività di questo Ente si segnala che nel corso del triennio 2018-2020 si sono registrati i seguenti procedimenti, interessanti direttamente l'Ente o i propri dipendenti, per fatti relativi ad attività di cui al presente PTPC:

azioni giudiziali: n° 0

azioni disciplinari: n° 0.

#### **1.1.2.5) Popolazione e bacino di utenza**

Il bacino di utenza è prevalentemente quello relativo a popolazione anziana in condizione di non autosufficienza certificata da scheda S.Va.M.A. residente nel Distretto Est dell'ULSS 8 – Berica, prevalentemente nei Comuni di Sandrigo, Dueville, Bressanvido, Bolzano Vicentino, Camisano Vicentino, Grumolo delle Abbadesse, Torri di Quartesolo, Monticello Conte Otto, Pozzoleone, Quinto Vicentino, Vicenza.

In particolare, per l'attività sanitaria di Unità Riabilitativa Territoriale e Ospedale di Comunità (iniziata a decorrere dall'01/10/2018) il bacino d'utenza è esteso anche a tutto il territorio dell'ULSS 8 Berica comprendendo anche i Comuni appartenenti al Distretto Ovest.

Il Centro Servizi dà risposta, inoltre, ai bisogni di residenzialità della popolazione anziana non autosufficiente anche dei Comuni contermini e limitrofi afferenti all'ULSS 7 Pedemontana, e all'ULSS 6 Euganea.

#### **1.1.2.6) Analisi del contesto e dei bisogni assistenziali**

La struttura si inserisce in un contesto sempre più bisognoso di risposte concrete e veloci in termini socio assistenziali e sanitari che le aziende ULSS faticano a dare e che le famiglie faticano a gestire a causa delle trasformazioni socio culturali dei nuclei familiari.

Il Centro Servizi Residenziali si pone come servizio di riferimento socio assistenziale a favore di una molteplicità di richieste di supporto alle famiglie, provando a diversificare le risposte non solo in termini di accoglimento in Casa di Riposo, ma di offerta di servizi.

Vi è la necessità di una presa in carico globale dell'utente in condizione di bisogno e della relativa famiglia di riferimento, che permetta una interazione tra servizi e una risposta idonea, concreta e da avere in tempi utili in base alla gravità del problema.

La popolazione dei territori limitrofi richiede principalmente risposte in termini concreti, che riescano a ripristinare una situazione di equilibrio principalmente sanitario e successivamente assistenziale- sociale.

Emerge dunque la necessità che il Centro Servizi si sviluppi con la creazione di servizi nuovi di tipo privato o convenzionato di grande supporto alle persone, che vanno dall'accoglimento in tempi veloci della persona anziana in fase di decadimento generale delle condizioni, ad interventi quali trasporto con mezzi attrezzati a portatori di handicap, ad interventi riabilitativi, a contesti in grado di favorire la socializzazione della persona in condizione di fragilità/povertà sociale oltre che il sollievo alle famiglie che continuano comunque a farsene carico in un contesto principalmente domiciliare.

L'Ente fin dal 2004 svolge anche attività di tipo socio-sanitario gestendo n° 30 posti letto di NAISS (Nucleo Assistenza Intermedia Socio Sanitaria) che ha consentito fino al 30/09/2018 l'accoglimento di persone in dimissione ospedaliera con necessità di interventi riabilitativi e di stabilizzazione clinica finalizzati al rientro a domicilio o all'inserimento presso centri servizi per anziani non autosufficienti.

Dall'01/10/2018 tale attività NAISS si è trasformata in attività prettamente sanitaria (a seguito ottenimento autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per una capacità ricettiva di n° 4 posti letto di Ospedale di Comunità e n° 26 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale presso il Centro Polifunzionale dell'ex Ospedale di Sandrigo).

Con DGR n° 172 del 16/02/2021 la Regione Veneto ha deliberato il rinnovo dell'accreditamento istituzionale per l'Ospedale di Comunità con estensione del n° di posti letto da 4 a 12.

L'Ospedale di Comunità si caratterizza per l'erogazione di prestazioni finalizzate alla riattivazione funzionale, alla stabilizzazione/adattamento alla disabilità e alla palliazione, mentre l'Unità riabilitativa territoriale per prestazioni prevalentemente di riabilitazione neurologica e motoria, per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche.

## **1.2 Mappatura dei processi e individuazione delle attività con rischio di corruzione**

L'identificazione e l'analisi dei processi costituiscono un'attività complessa, che richiede un notevole impiego di risorse e, se programmata ed attuata in tempi ristretti secondo gli schemi finora vigenti, risulta incompatibile per la quantità di risorse assorbite, con lo svolgimento delle attività di normale funzionamento dell'Ente.

Lo stesso legislatore, nella disciplina in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ha sempre rivolto una particolare attenzione agli enti di dimensioni organizzative ridotte, che presentano difficoltà nell'applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza, spesso a causa dell'esiguità di risorse umane e finanziarie a disposizione, al fine di agevolare l'applicazione della normativa, individuando modalità organizzative e attuative semplificate. Anche l'ANAC ha tenuto in considerazione tale oggettiva difficoltà nei PNA 2016 e 2019, ritenendo che l'esigua dimensione organizzativa, la proiezione esclusivamente locale delle scelte amministrative e la conseguente frammentazione della strategia di contrasto alla corruzione tra le molteplici realtà locali rappresentino gravi ostacoli a un efficace contrasto alla corruzione.

In particolare la delibera ANAC n° 1064 del 13/11/2019 (PNA 2019 pag. 27) così dispone: *“Fermo restando quanto sopra, solo i comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, in ragione delle difficoltà organizzative dovute alla loro ridotta dimensione, e solo nei casi in cui nell'anno successivo all'adozione del PTPCT non siano intercorsi fatti corruttivi o modifiche organizzative rilevanti, possono provvedere all'adozione del PTPCT con modalità semplificate (cfr. parte speciale Aggiornamento PNA 2018, Approfondimento IV “Piccoli Comuni”, § 4. “Le nuove proposte di semplificazione”). In tali casi, l'organo di indirizzo politico può adottare un provvedimento con cui, nel dare atto dell'assenza di fatti corruttivi o di ipotesi di disfunzioni amministrative significative nel corso dell'ultimo anno, conferma il PTPCT già adottato. Nel provvedimento in questione possono essere indicate integrazioni o correzioni di misure preventive presenti nel PTPCT qualora si renda necessario a seguito del monitoraggio svolto dal RPCT. In ogni caso, il RPCT vigila annualmente sull'attuazione delle misure previste nel Piano, i cui esiti confluiscono nella relazione annuale dello stesso, da predisporre ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012 nella quale è data evidenza, anche riportando le opportune motivazioni, della conferma del PTPCT adottato per il triennio. Rimane comunque ferma la necessità di adottare un nuovo PTPCT ogni tre anni, in quanto l'art. 1, co. 8, della l. 190/2012 stabilisce la durata triennale di ogni Piano”.*

Tale semplificazione riferita ai piccoli comuni, intendendosi come tali quelli con popolazione fino a 5.000 abitanti, nel cui novero rientrano senz'altro realtà organizzative ben più complesse e strutturate di quella a disposizione di questo Ente. A ragione si è ritenuto, quindi, che tali

misure semplificate potessero essere applicate a realtà come quella di questo Ente, che presenta una ridotta struttura amministrativa.

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

L'identificazione dei processi consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e dell'elenco dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In questa fase l'obiettivo è definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

L'ANAC ribadisce che i processi individuati, seppur con la dovuta gradualità, dovranno fare riferimento a tutta l'attività svolta dall'organizzazione e non solo a quei processi che sono ritenuti (per ragioni varie, non suffragate da una analisi strutturata) a rischio. Il risultato atteso della prima fase della mappatura è l'identificazione dell'elenco dei processi dall'amministrazione.

L'Ente, nel corso della redazione degli aggiornamenti annuali dei vari PTCP, ha già effettuato l'analisi dei macro-processi di seguito illustrata, che si ritiene di tenere come schema principale da seguire e da approfondire nelle singole fasi processo per processo.

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

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

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

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

per tali attività sono coinvolti l'ufficio dell'assistente sociale, competente per il processo di inserimento e primo accoglimento in struttura, e tutto il personale socio-assistenziale-sanitario operante nei nuclei della struttura ed addetto all'assistenza agli ospiti.

### **1.3 Valutazione del rischio**

A tale classificazione si è giunti mediante la valutazione del grado di rischio, espresso con un punteggio numerico, calcolato utilizzando i criteri proposti nell'allegato 5 del P.N.A (Piano

Nazionale Anticorruzione) 2013 e 2015, per ciascuno dei procedimenti/processi che, in esito all'attività ricognitiva sopradescritta, sono stati qualificati "a rischio di corruzione".

Pur in continuità con i precedenti PNA, l'Autorità ha ritenuto di sviluppare ed aggiornare nel PNA 2019 le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo confluite nel documento metodologico, Allegato 1) al Piano.

Esso costituisce il riferimento metodologico da seguire nella predisposizione del PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo e aggiorna, integra e sostituisce le indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2013 e nell'Aggiornamento PNA 2015.

Al punto 4.2 lett. a) "scelta dell'approccio valutativo" dell'Allegato 1 al PNA 2019, è previsto che *"in generale, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto"*. Tuttavia, l'Autorità suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

E' stabilito, inoltre, che solo laddove le amministrazioni abbiano già predisposto il PTPCT utilizzando l'Allegato 5 al PNA 2013, il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo) può essere applicato in modo graduale, in ogni caso non oltre l'adozione del PTPCT 2021-2023.

Considerato che le attività sia operative che amministrative dell'Ente nel corso dell'ultimo biennio 2020-2021 sono state notevolmente aggravate dall'emergenza sanitaria Covid-19 che ha, purtroppo interessato alcuni reparti delle nostre strutture; tutte le figure professionali di coordinamento dei reparti e le figure amministrative sono state completamente assorbite e coinvolte nell'espletamento di tutte le operazioni straordinarie legate alla suindicata emergenza sanitaria.

Si ritiene, pertanto, di aggiornare l'analisi, finora condotta di tipo quantitativo, affiancando progressivamente la valutazione qualitativa dei processi in corso d'anno.

I criteri in uso, prendono in considerazione:

a) La probabilità, intesa come frequenza del verificarsi di ciascun rischio, valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

Discrezionalità - Il processo è discrezionale?

No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
E' altamente discrezionale	5

Rilevanza esterna - Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?

No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento	5

Complessità del processo - Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?

No, il processo coinvolge una sola p.a.	1
Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3
Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5

Valore economico - Qual è l'impatto economico del processo?

Ha rilevanza esclusivamente interna	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto)	5

Frazionabilità del processo - Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?

No	1
Sì	5

Controlli - Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?

Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3
Sì, ma in minima parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5

b) L'impatto, considerato sotto i seguenti profili:

Organizzativo - Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)

Fino a circa il 20%	1
Fino a circa il 40%	2
Fino a circa il 60%	3
Fino a circa l'80%	4
Fino a circa il 100%	5

Economico - Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?

No	1
Sì	5

Reputazionale - Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?

No	0
Non ne abbiamo memoria	1
Sì, sulla stampa locale	2
Sì, sulla stampa nazionale	3
Sì, sulla stampa locale e nazionale	4
Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5

Impatto organizzativo, economico e sull'immagine - A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?

A livello di addetto	1
A livello di collaboratore o funzionario	2
A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/segretario generale	5

Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico costituito dal prodotto del valore assegnato alla probabilità con il valore assegnato all'impatto.

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo:

Valori livello di rischio – intervalli	Classificazione del rischio
0	nullo
superiore a 0 ma inferiore a 5	scarso
superiore a 5 ma inferiore a 10	moderato
superiore a 10 ma inferiore a 15	rilevante
superiore a 15 ma inferiore a 20	elevato
superiore a 20	critico

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	20	Totale	7
Media (tot./6)	3,333	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			5,833
Classificazione del rischio			moderato

Gestione delle entrate e delle spese	
Probabilità	Impatto

Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	18	Totale	4
Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			3
Classificazione del rischio			scarso

Selezione del personale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	15	Totale	7
Media (tot./6)	2,5	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,37
Classificazione del rischio			scarso

Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	2	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	7	Totale	7
Media (tot./6)	1,166	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,040
Classificazione del rischio			scarso

Conferimento di incarichi di collaborazione			
Probabilità		Impatto	

Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	15	Totale	7
Media (tot./6)	2,50	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,37
Classificazione del rischio			scarso

Procedure di accesso a servizi in regime residenziale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	16	Totale	4
Media (tot./6)	2,66	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,66
Classificazione del rischio			scarso

Procedure di accesso a servizi in regime semiresidenziale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	16	Totale	4
Media (tot./6)	2,66	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,66
Classificazione del rischio			scarso

L'accesso ai servizi in regime residenziale o semiresidenziale, per anziani non autosufficienti, viene gestito mediante procedure normate dalla Regione Veneto e gestite dalla Azienda Ulss, mentre l'accesso ai servizi in regime residenziale non gestito dalla medesima (anziani autosufficienti, ospiti in regime c.d. "privatistico", ospiti in regime temporaneo) è residuale rispetto alla attività complessiva

dell'Ente. Data l'attuale situazione congiunturale di mercato, non essendovi presenti graduatorie per l'accesso a tali servizi che possano dirsi significative, risultano poco verosimili occasioni di corruttela.

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	1
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	17	Totale	7
Media (tot./6)	2,833	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,958
Classificazione del rischio			scarso

Esiste la possibilità che il personale socio-sanitario sia esposto al rischio di corruzione da parte dei familiari degli ospiti per preferire il proprio congiunto nello svolgimento dell'attività di assistenza. Si ritiene, tuttavia, di poter classificare tale rischio come medio-basso in quanto il margine di discrezionalità tecnica, pur esistente nell'esercizio di tale attività, risulta controbilanciato dall'alternanza delle figure professionali che assistono uno stesso ospite, dovuta all'articolazione in turni dell'orario di lavoro, nonché dalla regolamentazione delle attività assistenziali sia a livello di singolo ospite, a mezzo del PAI Piano di Assistenza Individuale, sia a livello organizzativo più generale, a mezzo di protocolli, linee-guida ecc.

Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	1
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	18	Totale	6
Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	1,5
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,5
Classificazione del rischio			scarso

In riferimento a quanto sopra evidenziato di affiancare progressivamente alla valutazione quantitativa dei processi una valutazione di tipo qualitativo, in questa fase iniziale s'individuano in primis i seguenti processi:

- Selezione del personale
- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2022

Responsabile/i dell'attuazione: ufficio del personale, assistente sociale, funzionario servizi riabilitativi-informativi e qualità, direttore.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: mappatura qualitativa dei processi da allegare al piano.

#### **1.4 Misure atte a prevenire il rischio di corruzione**

##### **Revisione dei regolamenti**

Entro il 31.12.2022 l'RPCT, in collaborazione con lo staff amministrativo provvederà ad analizzare i regolamenti vigenti dell'Ente, elaborando le opportune modifiche e/o integrazioni finalizzate alla diminuzione del rischio di corruzione, mediante semplificazione dei processi e procedimenti, dematerializzazione, ove possibile, delle procedure, garanzie di trasparenza ecc.

I regolamenti interessati a tale revisione sono:

- Regolamento di organizzazione.

L' RPCT eventualmente valuterà se necessario relazionare al Consiglio di Amministrazione, anche nel caso in cui non rilevasse l'opportunità di alcuna modifica o integrazione.

Tempi e fasi di attuazione: analisi e stesura entro il 31.12.2022.

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi, direttore generale, funzionario servizi riabilitativi-informativi e qualità.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: approvazione della delibera del CdA entro il 31.12.2022.

##### **Rappresentazione grafica ed informatizzazione dei processi**

Allo stato attuale, non sembra necessaria la rappresentazione grafica dei processi decisionali a elevato rischio di corruzione, in quanto solo un processo risulta con "rischio moderato" e riguarda le procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture per le quali gli addetti preposti dell'ente applicano tassativamente le disposizioni previste dal D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.

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

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

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

esistenti e ad impedire che si creino in futuro, fatte comunque salve le prioritarie esigenze assistenziali dell'ospite.

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

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

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: informativa inviata a tutti i nuovi dipendenti dell'Ente, della società con attività socio-assistenziali esternalizzate, delle società di lavoro somministrato.

### **Verifica delle dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità**

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

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

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi.

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

### **Codice di comportamento**

I Codici di comportamento dei dipendenti pubblici definiscono la condotta che un funzionario deve tenere per assicurare l'imparzialità del suo lavoro ed evitare pressioni improprie dall'esterno (in tema di regalie, rapporti con il pubblico, conflitti d'interesse).

Per effetto della legge Severino (190/2012), la violazione del Codice di comportamento può essere causa di illecito disciplinare e perfino di licenziamento. In questo modo, un'amministrazione ha la possibilità di allontanare un dipendente "infedele" senza dover attendere una sentenza della magistratura.

I Codici di comportamento rappresentano quindi un fondamentale strumento di prevenzione della corruzione.

L'Ente provvederà, pertanto, all'adozione di un proprio Codice di comportamento tenendo anche in considerazione le Linee guida emanate dall'ANAC (rif.to delibera n° 177 del 19/02/2020).

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2022

Responsabile/i dell'attuazione: uffici amministrativi, direttore generale, funzionario servizi riabilitativi-informativi e qualità.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: adozione del codice di comportamento.

## **2) La programmazione del monitoraggio del PTPCT**

In attuazione di quanto previsto al punto 6.6 della Determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 e al punto 3) della II parte del PNA 2019, si ritiene che questo Ente non rivesta un carattere di complessità, né per dimensione organizzativa, né per diversificazione delle attività svolte, né

per articolazione territoriale, tale da richiedere verifiche infrannuali sull'attuazione delle misure previste dal presente PTPCT. Pertanto, la verifica avverrà con cadenza annuale entro il 31.12 di ogni anno mediante compilazione, a cura del RPCT, di apposita scheda prevista da ANAC "Scheda per la predisposizione entro il 31.12 di ogni anno della relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione".

E' comunque facoltà del RPCT di svolgere ulteriori verifiche del cui esito dovrà dar conto nella relazione annuale, ai sensi dell'art. 1, c. 14, della L. n° 190/2012.

### 3) **Trasparenza**

In materia di trasparenza occorre tenere conto la raccomandazione dell'ANAC, contenuta nei PNA di rafforzare tale misura, nonché le rilevanti innovazioni apportate dal d.lgs. 97/2016. Tale decreto persegue, in particolare, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti, mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (co. 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione.

Sempre in un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione, il novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013, dispone la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPCT, prevedendo che debbano essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

In materia di trasparenza risulta importante anche evidenziare la principale novità introdotta dal D.lgs. n. 97 del 2016 che ha riguardato il nuovo "**diritto di accesso civico generalizzato**" a dati e documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria delineato nel novellato art. 5, co. 2, del d.lgs. 33/2013. In virtù della disposizione richiamata, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il concetto di trasparenza è legato anche al quadro delle regole in materia di **protezione dei dati personali** che si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Occorre, infatti, che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati)

contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

#### **4) Rotazione degli incarichi**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione. Tuttavia anche l'ANAC nel PNA riconosce l'impossibilità di applicare la misura della rotazione all'interno di amministrazioni di piccole dimensioni, richiedendo peraltro un'adeguata motivazione nel PTPCT delle ragioni della mancata applicazione dell'istituto.

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

Anche per quanto riguarda l'ambito dei servizi socio-assistenziali, dove pure il numero di addetti, soprattutto con riferimento agli O.S.S., consentirebbe un'applicazione più puntuale della misura, occorre tener in considerazione come, in molti casi, il rapporto di diretta conoscenza personale con gli ospiti sia valore da salvaguardare nell'ottica di garantire una migliore assistenza agli ospiti stessi. L'interscambio del personale potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza prestata per il fatto che, in parecchi casi, gli addetti rappresentano per gli ospiti importanti figure di riferimento la cui eventuale sostituzione potrebbe avere ripercussioni negative per gli assistiti. Pertanto, si provvederà a rotazione solamente secondo contingenze.

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

La “*rotazione straordinaria*”, viene intesa come misura di carattere eventuale e cautelare finalizzata 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. La misura è applicabile a tutto il personale.

## **5) Formazione del personale**

La legge n. 190/2012 prevede la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo. In attuazione di tale disposizione è stato portato a termine il seguente piano formativo, già stabilito dal precedente PTPCT, per il personale dipendente che prevedeva:

- a) Formazione di base destinata al personale sulle tematiche dell’etica, della legalità e dei codici di comportamento;
- b) Formazione specifica: destinata ai responsabili che operano nelle aree con processi classificati a rischio dal presente Piano.

Pertanto per il futuro si prevedono i seguenti adempimenti formativi:

- a) formazione di base o specifica per coloro che non hanno ancora partecipato ai corsi di cui sopra, a seconda del ruolo ricoperto;
- b) eventuale formazione integrativa sulle novità normative nel frattempo intervenute, i cui destinatari saranno individuati sulla base delle materie oggetto di modifica, per il personale già formato ai sensi del punto precedente.

## **6) Segnalazione di atti di corruzione – procedura e protezione del denunciante**

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

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

Per quanto riguarda la disciplina dell’ambito di applicazione, della distinzione tra segnalazione anonima e riservatezza dell’identità del segnalante, dell’oggetto della segnalazione e delle condizioni per la tutela del segnalante si rinvia a quanto dettagliatamente previsto dalla Determinazione ANAC n° 6 del 28/04/2015.

### **Procedura per la tutela della riservatezza dell’identità del dipendente segnalante**

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

Il “segnalante” utilizza, per la propria segnalazione, un apposito modulo reperibile nel sito dell’Ente nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Altri contenuti – Anticorruzione”.

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

Le segnalazioni possono essere presentate preferibilmente tramite invio all’indirizzo di posta elettronica **rpct@diodatabertolo.it**, appositamente dedicato alla ricezione delle segnalazioni, al quale potrà accedere con credenziali riservate e personali esclusivamente il RPCT. L’indirizzo di posta elettronica è pubblicato sul sito istituzionale dell’Ente. Qualora la segnalazione sia inviata in formato cartaceo, la stessa dovrà essere contenuta in doppia busta chiusa. La segnalazione ricevuta sarà custodita, in modo da garantire la massima sicurezza e riservatezza.

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

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

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

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

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

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

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

## **7) Adozione annuale del PTPCT**

Il PTPCT è adottato annualmente dall'organo di indirizzo su proposta del RPCT.

Il Piano benché abbia durata triennale, deve comunque essere adottato ogni anno in virtù di quanto previsto dall'art. 1, co. 8, della l. 190/2012, come precisato dall'Autorità.

Si segnala che con delibera n° 01 del 12/01/2022 il Presidente dell'ANAC, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, ha ritenuto opportuno differire, al 30 aprile 2022, il termine ultimo per la adozione e pubblicazione del PTPCT 2022-2024.

Ulteriori aggiornamenti potranno avere cadenza più ravvicinata in occasione di integrazioni e/o modifiche normative in materia.

## **8) Pubblicazione del PTPCT**

I PTPCT devono essere pubblicati non oltre un mese dall'adozione, sul sito istituzionale dell'amministrazione o dell'ente nella sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione". I PTPCT e le loro modifiche devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti.

## **9) Sanzioni**

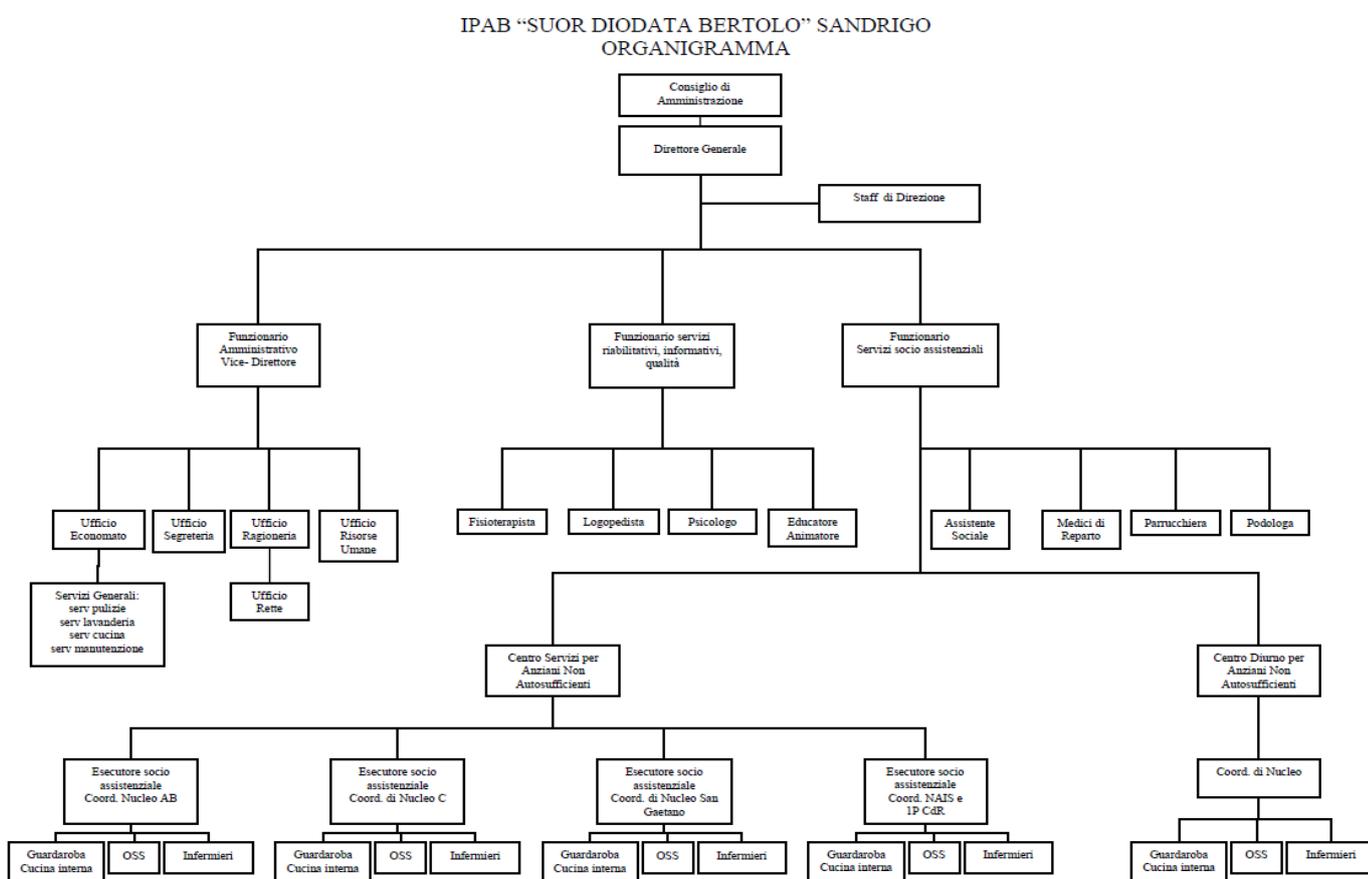
La violazione delle misure previste dal presente PTPCT, salva ogni eventuale ulteriore forma di responsabilità, costituisce comportamento contrario ai doveri d'ufficio e, come tale, sarà sanzionata disciplinarmente.

## **SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

In questa parte del documento viene data particolare esplicitazione agli aspetti organizzativi della Casa di Riposo sottolineando il fatto che in essa operano molte professionalità, diverse fra loro, con netta preminenza di quelle appartenenti ai ruoli socio sanitari.

### **3.1 Struttura organizzativa**

L'Ente si è dotato di un organigramma, in linea con gli standards regionali di cui alla DGR 84/2007, le cui risultanze sono qui di seguito evidenziate:



Approvato con delibera CdA n.22 del 28/08/2013

La dotazione organica è rappresentata nello schema seguente (vedasi punto 3.3.)

### **3.2 POLA - PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE E 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.

Ai sensi dell’art. 263 del decreto legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno, possono adottare il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della Performance.

Il POLA è lo strumento di programmazione del lavoro agile e ne individua le modalità attuative prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Nel comma 4-bis dell’articolo 263 del D.L. 34/2020, convertito in legge 77/2020, di modifica del comma 1 dell’articolo 14 della legge 124/2015, si dispone invece che: *"In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano"*.

L’IPAB Suor Diodata Bertolo, considerata l’emergenza sanitaria iniziata in maniera del tutto estemporanea nel marzo del 2020, al fine del contenimento immediato della diffusione dei contagi da Covid-19 all’interno delle strutture aziendali e a seguito dell’attivazione nel territorio di appartenenza delle cosiddette “Zone Rosse- Lockdown”, ha attivato da subito lo “smart working” soprattutto per il personale degli uffici amministrativi, dotandoli di idonei strumenti informatici (computer portatili e collegamenti in remoto da casa) per poter svolgere il proprio lavoro da casa.

### **3.3 “PTFP” PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

L’Ente ha attualmente un organico di circa 109 dipendenti (di cui n° 91 a tempo indeterminato, n° 7 a tempo determinato, n° 2 in somministrazione e n° 9 vacanti) distribuiti per categorie secondo il sistema di classificazione del personale introdotto con il CCNL Comparto Regioni ed autonomia locali.

Ai dipendenti diretti dell’Ente, si aggiungono i lavoratori con contratto di lavoro interinale e i lavoratori del servizio socio-sanitario appaltato per le figure di Operatore Socio Assistenziale e Infermieri di alcuni reparti.

Nel prospetto che segue viene evidenziata la distribuzione del personale dipendente.

Al 31 dicembre 2021 la dotazione organica dell’Ente risultava la seguente:

## DOTAZIONE ORGANICA

Categoria	Profilo professionale	Tempo pieno	Part time
<b>Dirigenza</b>	Direttore Generale	1	
	<b>Totale dirigenza</b>	<b>1</b>	
<b>D3</b>	Funzionario amministrativo	1	
	Funzionario servizi riabilitativi, informativi e qualità	1	
	<b>Totale categoria D3</b>	<b>2</b>	
<b>D1</b>	Funzionario servizi socio –assistenziali	1	
	Istruttore direttivo amministrativo	1	
	Psicologo	1	
	Assistente sociale	1	(1)*
	<b>Totale categoria D1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>C</b>	Istruttore amministrativo	2	
	Istruttore tecnico	(1)*	
	Infermiere	11+(2)*	6
	Fisioterapista	1+(1)*	2+(1)*
	Logopedista		(2)*
	Educatore animatore	1	1+(1)*
	<b>Totale categoria C</b>	<b>19</b>	<b>13</b>
	Collaboratore amministrativo	1	
	Collaboratore servizi socio -assistenziali	1	
	<b>Totale categoria B3</b>	<b>2</b>	
<b>B1</b>	Esecutore tecnico	(1)*	
	Esecutore servizi socio-assistenziali	1	
	Operatore socio assistenziale	52+(2)*	7+(2)*
	<b>Totale categoria B1</b>	<b>56</b>	<b>9</b>
<b>A</b>	Operatore servizi generali	2	
	<b>Totale categoria A</b>	<b>2</b>	
<b>Totali</b>		<b>86</b>	<b>23</b>
<b>Totale generale</b>		<b>109</b>	

Al 31.12.2021, n° 2 Logopedisti , n° 2 Fisioterapisti e n. 10 Operatori sono assunti con contratto in somministrazione.

Viene di seguito evidenziata la movimentazione del personale avvenuta nel corso dell'esercizio 2021:

### Assunzioni

categoria	N°	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo pieno	Tempo parziale
OSA	4	-	4	4	-
Funzionario serv.socio–ass.li	1	1	-	1	-
Istruttore amministrativo	1	1	-	1	-
Educatore Professionale	1	-	1	-	1
Infermiere	5	5	-	3	2
Fisioterapista	1	-	1	-	1

### Dimissioni

categoria	N°	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo pieno	Tempo parziale
OSA	9	7	2	8	1
Esecutore tecnico	1	1	-	1	-
Infermiere	5	5	-	4	1
Fisioterapista	3	2	1	1	2
Assistente sociale	1	1	-	-	1

## Maternità

Nel corso degli anni si sono registrate le seguenti assenze per maternità (in n° di addette):

categoria	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OSS	4	3	6	6	5	3	1	2	5
IP	2	1	0	0	0	2	1	0	1
Coordinatore nucleo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Educatore prof.le	1	0	1	1	0	0	2	1	0
Amministrativi	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Assistente Sociale	2	0	2	2	0	0	0	0	1
Fisioterapista	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Totale	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Le assenze per maternità nel 2021 hanno registrato un costo complessivo a carico Ente per circa € 68.237,88 con un incremento del 25% rispetto ai € 54.570,93 sostenuti nel 2020.

## Assenze per malattia ed infortunio

Nel 2021 le giornate di assenza per malattia e ricovero ospedaliero sono state 1.367, mentre le assenze per infortunio e quarantena attiva sono state n° 1.124,6 per un totale di 2.491,6 giornate; si registra, pertanto, un aumento del 7,25% rispetto al 2020 determinato dall'apertura INAIL di infortuni e verso INPS di malattie per contagio Covid-19 contratto dai dipendenti in ambito lavorativo (INAIL) ed extra servizio (malattia INPS).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
n° giorni malattie ed infortuni	1.419	1.425	1.400	1.862	1.449	1.302	936	2.323	2.491,6

## Programmazione fabbisogno personale

La programmazione strategica delle risorse umane: avviene attraverso il piano triennale del fabbisogno che si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'Ente si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche. E' dunque opportuno valutare ogni anno le azioni da adottare sulla base dei seguenti fattori:

- stima del trend delle cessazioni, sulla base ad esempio dei pensionamenti;
- stima dell'evoluzione dei bisogni, in funzione di scelte legate, ad esempio alle esternalizzazioni/internalizzazioni o potenziamento/dismissione di servizi/attività/funzioni, alla tipologia di anziani assistiti.

La determinazione del fabbisogno di personale necessario per l'anno è abbastanza complessa, in quanto oltre alla copertura posti vacanti include anche la stima delle necessità ordinarie dei vari reparti, quali ad esempio le sostituzioni per cambio ferie/malattie/maternità, che, come noto, sono completamente a carico aziendale.

Ciò premesso è necessario evidenziare che la previsione è da ritenersi, pertanto, suscettibile di variazioni sulla base dell'andamento effettivo delle assenze nel corso dell'anno.

La stima di fabbisogno di risorse umane necessarie per l'anno 2022, oltre a quanto sopra enunciato e a quanto già in essere, è la seguente:

- sostituzioni ferie, malattie, maternità e altre assenze: in tale ambito si è stimata la necessità di un numero complessivo di:
  - o n° 1 unità di Infermiere per cambio ferie,
  - o n° 2 unità di OSS per sostituzioni maternità;
  - o n° 2 unità di OSS per sostituzione congedi straordinari.

Per alcune figure (n. 1 infermiere, n. 1 assistente sociale part time e n. 1 fisioterapista a 12 ore), ai fini del contenimento dei costi, non è stata prevista ad la copertura in sede di redazione del bilancio economico annuale di previsione 2022, in attesa di pervenire alla piena occupazione dei posti letti, mantenendo comunque il personale a standard.

Si precisa che:

- a) per le figure OSS e IP sono state previste le risorse finanziarie necessarie a garantire gli standard assistenziali ex L.R. 22/2022 e DGR 84/2007 dando atto che, di norma, verranno sostituite le assenze per maternità e per malattie di lunga durata, mentre per le malattie brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.
- b) copertura del turn over del personale amministrativo con personale a tempo determinato e/o con indicazione di procedura concorsuale a tempo indeterminato a secondo delle necessità sopraggiunte in corso d'anno;
- c) viene confermata, pur con notevole impegno economico, la sostituzione, di norma, delle assenze di cui alla L. 104/1992;

Per quanto concerne **la programmazione** del fabbisogno degli anni 2023/2024 la stessa **è, al momento, anch'essa necessariamente legata esclusivamente al turn-over dei posti** che si renderanno eventualmente vacanti per le singole professionalità, fatte salve le variazioni degli organici che potranno intervenire in ragione dell'andamento del tasso di copertura dei posti letto presso questo Centro Servizi o altre iniziative che comportino necessità di adeguamento dell'organico e del reperimento sul mercato del lavoro degli Infermieri, attualmente pressoché tutti richiesti e assunti dalle AULSS del Veneto.

### **Formazione del Personale**

Nel corso dell'anno 2021 il piano formativo realizzato per tutti i dipendenti ha visto la partecipazione ad un discreto numero di giornate di formazione riguardanti argomenti e materie specifiche per ogni tipologia di figura professionale, ma soprattutto su tematiche legate alla pandemia Covid-19 (sia in presenza per gruppi ristretti, sia in modalità webinar). Sono state riconosciute come servizio n° 712,5 ore di formazione e una spesa complessiva pagata alle varie società di formazione per € 1.988,40.

Dette attività, oltre a riguardare l'attuazione delle norme e delle direttive sia statali che regionali in materia e l'adozione di tutti i mezzi di profilassi e cura (dal documento di rilevazione del rischio all'adozione delle procedure e protocolli di intervento, comprensivi dell'uso dei DD.P.I. fino alla gestione dei rifiuti per gli infetti, sino alla disciplina per la gestione delle eventuali salme, formazione del Covid manager, ecc.), ha riguardato la gestione del personale a disposizione per far fronte all'emergenza, in quanto a causa di possibili positività (che comportano l'immediato allontanamento di un cospicuo numero di risorse umane dai reparti in cui l'evento si presenta), di assenze del

personale per malattia (o infortunio), per sospensione di coloro che presentano situazioni di immunodepressione (o, che possono essere in contatto con familiari nella predetta condizione), costituiscono una delle principali criticità di questa difficile situazione.

La Direzione, coadiuvata dai Funzionari Responsabili di area e dai Coordinatori di nucleo, organizzano tutti gli accertamenti sanitari che via via verranno prescritti (tamponi ecc.), organizzando le presenze in turno e sostenendo le risorse umane impegnate “al fronte” dell’epidemia. Anche le attività formative da realizzare nel corso dell’anno, risentiranno per degli effetti in itinere di questa epidemia, sia in rispetto alle normative di sicurezza e prevenzione in materia (che hanno disposto la sospensione di tutte le iniziative formative in parola se fatte “in presenza/aula” e consentite unicamente “on line” sulle varie piattaforme “E – learning”) che per i contenuti formativi da realizzare, in quanto uno degli argomenti portanti sarà, obbligatoriamente, quello concernente le misure da adottare per la gestione dell’emergenza.

## **SEZIONE 4 - Monitoraggio**

L'IPAB Suor Diodata Bertolo ai sensi della normativa regionale per l'accreditamento istituzionale ex L.R. 22/2002 e DGR 84/2007, somministra annualmente un questionario di soddisfazione della qualità percepita del servizio offerto. I dati vengono analizzati e presentati in Consiglio di Amministrazione previa valutazione della Direzione. Gli stessi dati vengono poi presentati solitamente al personale e al Comitato rappresentativo di Ospiti e Familiari.

Per quanto concerne il monitoraggio delle sottosezioni "**Valore pubblico**" e "**Performance**", il monitoraggio avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, mentre il monitoraggio della sezione "**Rischi corruttivi e trasparenza**", secondo le indicazioni di ANAC. (vedasi punto 2.3 PTPCT).

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