

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE PER IL TRIENNIO 2023 - 2025**AI SENSI DELL'ART. 6 DEL DL N. 80/2021, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI IN LEGGE N. 113/2021 (Approvato con Del. n. 18 del 19/12/2022).****SEZIONE 1****1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

Denominazione	ASP Ravenna Cervia e Russi
Sede legale	Piazza del Popolo 1, Ravenna
Sede Amministrativa	Viale della Lirica 21, 48121 Ravenna
Codice fiscale e partita IVA	02312680396
Sito Internet	www.aspravennacerviaerussi.it
E. mail	info@aspravennacerviaerussi.it
Telefono	0544/456050
Pec	pec@pec.aspravennacerviaerussi.it
Consiglio di Amministrazione	Avv. Fabiola Gardelli Presidente; Dott.ssa Francesca Benini, Vice Presidente; Dott. Gianni Cortesi, Consigliere.
Comuni Soci	Ravenna, Cervia e Russi
Revisore Unico Organo di controllo esterno	Dott. Roberto Tontini
Numero Anziani assistiti e beneficiari diretti	256

Tipologia di Servizio	Comune Cervia	Comune Russi	Comune Ravenna	Anziani accolti per servizio
Posti di Casa Residenza per Anziani accreditati convenzionati	66	62	0	128
Posti di Casa Residenza a libero mercato	0	2	0	2
Posti Centro diurno accreditati	20	20	0	40
Posti Centro diurno libero mercato	5	0	0	5
Posti Comunità alloggio	18	0	31	49
Posti in appartamenti protetti	0	16	16	32
Totale anziani accolti per zona	109	100	47	256

SEZIONE 2

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

a. Sottosezione di programmazione Valore pubblico: ai sensi dell'art. 3, comma 2, la presente sottosezione di programmazione contiene i riferimenti alle previsioni.

Il valore pubblico è il miglioramento del benessere (economico, sociale, ambientale) delle persone di cui l'ASP si prende cura e delle comunità di riferimento, degli stakeholder, dei destinatari dei servizi prodotti. La sfida in fase di programmazione è avere più efficienza più efficacia e economicità al fine ultimo di impattare positivamente sugli anziani ospiti, le comunità, i territori e sui cittadini in generale, quindi migliorare il livello di benessere. In fase di misurazione e valutazione ci si concentra sulla misurazione e valutazione del contributo delle performance individuali alle performance organizzative alla creazione di valore pubblico.

Il valore pubblico non deve essere individuato in maniera autoreferenziale dall'amministrazione, ma bisogna creare una governance collaborativa per condividere insieme agli ospiti e ai territori, in ottica partecipativa, quello che è valore pubblico in quel preciso momento in quel preciso contesto, ovvero fare il bene degli anziani avendo però a cuore gli operatori impiegati, i fornitori di beni e servizi, la comunità e lo sviluppo economico dei territori.

La sfida è passare dalla logica della creazione di valore pubblico affidata alla sola amministrazione alla logica della co-creazione di valore pubblico. Occorre ragionare in termini di generazione del valore pubblico per le comunità insieme alle comunità. Una logica di "performance di filiera" e di co-creazione di valore pubblico che tiene vicina l'ASP ai territori in cui opera non solo per gli anziani che ospita e di cui si prende cura.

La Asp dei Ravenna Cervia e Russi, costituita nel 2008, opera ai sensi dello Statuto aggiornato nel 2019 facendo seguito ad una radicale riorganizzazione dei servizi sociali e socio assistenziali del Distretto di Ravenna del 2017 quando è stata istituita la Gestione Sociale Associata dei Comuni di Ravenna Cervia e Russi.

Le finalità dell'ASP sono:

- a) l'organizzazione ed erogazione di servizi assistenziali, servizi sociali e socio-sanitari rivolti ad anziani e disabili, secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano Sociale di Zona, nonché nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei Soci di cui all'articolo 13 e ss.. Potrà altresì gestire servizi di carattere educativo, culturale e ricreativo rivolti ad anziani e disabili;
 - b) la promozione e realizzazione di ulteriori interventi ed attività inerenti nuovi bisogni individuati nell'ambito di quanto definito dalla programmazione locale.
2. L'ASP ispira ed orienta la propria attività al rispetto delle finalità e dei principi indicati nella legge regionale n. 2 del 2003 ed in particolare:
- a) rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;
 - b) adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.
3. L'ASP riconosce nell'apporto professionale degli operatori un fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona, a tal fine:
- a) promuove la formazione degli operatori come strumento della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;
 - b) favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa;

c) riconosce e sostiene l'apporto del volontariato sociale.

L'attività dell'ASP è regolata dalla convenzione tra i Comuni soci, ovvero i Comuni di Ravenna, Cervia e Russi, che compongono il Distretto territoriale di Ravenna, sottoscritta il 14 gennaio del 2019.

La Governance

Gli organi dell'A.S.P. sono: l'Assemblea dei Soci; il Consiglio di Amministrazione; l'Organo di revisione contabile (Revisore unico).

L'Assemblea dei Soci è l'organo di indirizzo e di vigilanza sull'attività dell'Azienda è composta dai Sindaci dei Comuni di Ravenna Cervia e Russi.

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. L'Assemblea Soci con Delibera n. 8 del 17/07/2019 ha nominato il Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 2 del 30/07/2019 ha nominato il Presidente del Consiglio di Amministrazione. **Il Presidente** del Consiglio di Amministrazione ha la rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 1 del 20/01/2021 ha nominato al di fuori della dotazione organica un Direttore con contratto dirigenziale per la durata del suo mandato.

Gli Organi di controllo

L'Organo di revisione contabile esercita il controllo sulla regolarità contabile, vigila sulla correttezza della gestione economico finanziaria dell'A.S.P. e svolge ogni altra funzione prevista dagli articoli 2403, 2409 bis e 2404 del Codice Civile. L'Assemblea Soci con delibera n.3 del 05/08/2020 ha nominato il revisore unico il Dott. Roberto Tontini.

L'ASP si è dotata inoltre di un **Nucleo Indipendente di valutazione in forma Monocratica** che svolge funzioni di controllo interno in analogia con quelle richiamate per gli OIV di cui all'Art. 14 e del D.Lgs. 150 del 2009 e ss.mm.ii.. Il Consiglio di Amministrazione con delibera n. 5 del 21/03/2022 ha nominato Nucleo Indipendente di valutazione il Dott. Marco Grasso.

b. Sottosezione di programmazione Performance: ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera b), la presente sottosezione di programmazione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009, ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione.

c) Priorità di intervento, anche attraverso l'individuazione di appositi progetti.

La Programmazione

Il Consiglio di Amministrazione dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. Le Aree di attività in cui è stata ripartita l'attività dell'ASP consentono, a modello organizzativo e regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi vigenti, al Consiglio di Amministrazione di declinare gli indirizzi strategici dei soci in obiettivi a valenza triennale al Direttore.

Il Direttore a sua volta, coerentemente, li declinerà in obiettivi annuali da assegnare alle articolazioni organizzative dell'ASP che ad oggi sono i Servizi.

I tempi di realizzazione degli obiettivi

Le tempistiche di realizzazione degli obiettivi triennali assegnati potranno incontrare scostamenti temporali nella loro realizzazione in relazione agli obiettivi annuali fissati dal Direttore. Tali scostamenti dovranno essere tempestivamente comunicati al Consiglio di amministrazione per una valutazione strategica dei possibili effetti.

Linee di indirizzi e programmazione triennale dell'ASP

A partire dai contenuti della programmazione relativa agli esercizi precedenti, si è ritenuto di dare continuità gli indirizzi dei Soci e gli obiettivi per la direzione dell'ASP Ravenna Cervia e Russi per il triennio 2023/2025.

Linee di indirizzo dei Soci, relative alle aree strategiche dell'ASP, per il triennio 2023/2025.

Area strategica	Indirizzi dei Comuni Soci
A. Servizi e strutture per anziani	<i>Qualificazione, sostenibilità e sviluppo dei servizi in condizioni di emergenza</i>
B. Welfare di comunità	<i>Sviluppo welfare di comunità attraverso l'apertura dei servizi alle risorse dei territori per rispondere ai bisogni emergenti della popolazione anziana.</i>
C. Attività istituzionali	<i>Creazione di valore pubblico sviluppando le attività istituzionali e aggiornando piani e strumenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.</i>
D. Investimenti e patrimonio	<i>Programmazione investimenti e valorizzazione del patrimonio</i>

Qualora la programmazione regionale e la pianificazione del Distretto, o i Soci, assumessero indirizzi o indicassero obiettivi diversi, verrà aggiornato di conseguenza il presente Piano per il triennio 2023 - 2025. Allo stesso modo, anche in conseguenza degli atti di riorganizzazione che assumerà il Consiglio, potranno essere modificati gli obiettivi per la direzione per il triennio 2023 - 2025.

Obiettivi per la direzione dell'ASP Ravenna Cervia e Russi per il triennio 2023 - 2025

Area	Indirizzo strategico		Obiettivi per il triennio 2023 - 2025	Tipo di obiettivo:
A. Servizi e strutture per anziani	A. Qualificazione, sostenibilità e sviluppo dei servizi in condizioni di emergenza	A.1	Perseguimento standard accreditamento regionale.	Miglioramento di un livello qualitativo sulla base di uno standard di riferimento.
		A.2	Qualificazione degli operatori e promozione pari opportunità.	Mantenimento di uno standard qualitativo sfidante e ambizioso.
		A.3	Monitoraggio e valutazione della qualità percepita.	Quantitativo (presuppone precisi valori numerici).
		A.4	Riorganizzazione di servizi e efficientamento utilizzo delle risorse.	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
B. Welfare di comunità	B. Sviluppo welfare di comunità	B.1	Co-progettazioni con enti di Terzo settore.	Di sviluppo strategico: relativo a modalità assolutamente innovative e ad alto valore funzionale/gestionale per la realizzazione dei programmi ritenuti rilevanti per l'Azienda
C. Attività istituzionali	C. Creazione di valore pubblico sviluppando le attività istituzionali e aggiornando piani e strumenti per la <u>prevenzione della corruzione e la trasparenza.</u>	C.1	Adozione novità introdotte da CC.NN.L. 2029 - 2021	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
		C.2	Efficientamento dell'organizzazione dell'Ente.	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
		C.3	Implementazione PIAO.	Mantenimento di uno standard qualitativo sfidante e ambizioso
D. Investimenti e patrimonio	D. Programmazione investimenti e <u>valorizzazione del patrimonio</u>	D.1	Adozione di un sistema di programmazione degli investimenti e degli interventi di manutenzione.	Miglioramento di un livello qualitativo sulla base di uno standard di riferimento
		D.2	Valorizzazione e utilizzo del patrimonio: fattibilità adesione comunità energetiche.	Sviluppo strategico: relativo a modalità assolutamente innovative e ad alto valore <u>funzionale/gestionale</u> per la realizzazione dei programmi ritenuti rilevanti per l'Azienda

e) Indicatori e parametri per la verifica

In seguito all'aggiornamento del sistema di valutazione dell'ASP, nel gennaio 2023, sono stati introdotti come previsto dal manuale indicatori per valutare il raggiungimento degli obiettivi con la relativa pesatura.

Si tratta di un anno di sperimentazione e gli indicatori sotto riportati andranno a valere nella loro totalità per la valutazione del Direttore che, a sua volta, utilizzerà parte degli indicatori in base ai ruoli assegnati ai Titolari di incarichi di posizione organizzativa riparametrando le pesature per avere 100 come risultato totale.

Indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi 2023 - Valutazione a Consuntivo 2023

		Obiettivo 2023	Indicatori	Pesatura	Grado raggiungimento obiettivi in %
1	A.1	Perseguimento standard accreditamento regionale.	Possesso del 100% dei requisiti accreditamento	10	
2	A.2	Qualificazione degli operatori e promozione pari opportunità.	100% realizzazione dei percorsi di inserimento nuovi assunti	10	
3	A.3	Monitoraggio e valutazione della qualità percepita	<ul style="list-style-type: none"> · Questionari distribuiti al 100% utenti candidabili (ospiti e/o parenti). · 70% dei questionari compilati con valutazione superiore a <i>buono</i> in tutti gli items. 	10	
4	A.4	Riorganizzazione di servizi e efficientamento utilizzo delle risorse	Definizione del processo di esternalizzazione del servizio ristorazione della CRA di Russi	10	
5	B.1	Co-proiezioni con enti di Terzo settore	Realizzare una Co - progettazione	10	
6	C.1	Adozione novità introdotte da CC.NN.L. 2029 - 2021	Sottoscrizione nuovo CCDI per il triennio 2023 - 2025	10	
7	C.2	Efficientamento dell'organizzazione dell'Ente.	<ul style="list-style-type: none"> · Efficientamento impiego personale. · Definizione e applicazione ruolo A.S.P.P. per tutto l'Ente. · Adozione percorsi di rotazione interna. · Aggiornamento controllo di gestione. 	10	
8	C.3	Implementazione PIAO	Aggiornamento Manuale della valutazione performance e obiettivi e applicazione.	10	
9	D.1	Adozione di un sistema di programmazione degli investimenti e degli interventi di manutenzione.	Censimento fabbisogno manutentivo del 50 % degli immobili e programmazione conseguente.	10	
10	D.2	Valorizzazione e utilizzo del patrimonio: fattibilità adesione comunità energetiche.	Partecipazione ad almeno un progetto di Comunità Energetica Rinnovabile.	10	
			Totale	100	

c. **Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza:** ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera c), la presente sottosezione di programmazione, è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione, quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)

L'ASP ha adottato il primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014 -2016, e il Programma triennale per la Trasparenza e l'integrità 2014-2016 insieme al Codice di Comportamento del Personale con Deliberazione n. 5 del 16/01/2015, con i seguenti aggiornamenti annuali negli anni successivi:

- PTPCT 2016-2018, approvato con Deliberazione n. 30 del 10/10/2016;
- PTPCT 2017-2019, approvato con Deliberazione n. 19 del 28/12/2017;
- PTPC T 2019-2021, approvato con n. prot. 149 del 31/01/2019;
- PTPCT 2021 -2023, approvato con Deliberazione n. 05 del 26/03/2021.

Piano Integrato Attività e Obiettivi

L'ASP ha adottato il primo Piano Integrato delle Attività e degli Obiettivi per la prima volta riferito al periodo transitorio 2022 -2024 con la Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 18 del 19/12/2022.

Rilevato che Il Piano nazionale anticorruzione (Pna) è stato approvato definitivamente dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023.

Considerato quindi che per dare attuazione sostanziale non meramente formale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2023 il Consiglio dell'Anac ha valutato l'opportunità di differire al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza unitamente a quello del Piao, tenuto anche conto del parere espresso dalla Conferenza Unificata sul punto”.

Si è ritenuto quindi, per quanto sopra rilevato e considerato, per dare attuazione sostanziale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2023 come indicate nel Piano nazionale anticorruzione (Pna) approvato dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, di aggiornare con successivi atti la sezione del PIAO relativa al Piano per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Codice di Comportamento

Con riferimento all'art. 1, commi 44 e 45 della legge 190/2012, è stato inoltre approvato l'aggiornamento del il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda, con Delibera del Consiglio di Amministrazione n.13 del 20/10/2021.

SOGGETTI COINVOLTI

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo di indirizzo titolare della nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dell'adozione iniziale e dei successivi aggiornamenti del P.T.P.C. entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASP dei Ravenna Cervia e Russi Romagna è individuato nella figura del Direttore pro tempore dott. Raoul Mosconi, nominato con Delibera n. 1 del 20/01/2021, con contratto dirigenziale, per il periodo dal 25/01/2021 al 24/01/2024, nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) con Delibera n. 3 del 17/02/2021. Entro il 31 gennaio di ogni anno e, comunque, ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione, provvede all'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e lo sottopone al Consiglio di Amministrazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha i seguenti compiti:

- elaborare la proposta di Piano della Prevenzione che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione, secondo i contenuti indicati nel comma 9 dell'art. 1 della Legge 190/2012, in linea con quanto riportato nel Piano Nazionale Anticorruzione di A.N.A.C;
- proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti a rischio corruzione;
- verificare, d'intesa con i Responsabili di Area/Servizio interessati, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. e) e i relativi percorsi formativi;
- trasmettere annualmente al CdA una relazione con i risultati dell'attività svolta e pubblicarla entro le tempistiche definite dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione di ogni anno sul sito web dell'Azienda;
- riferire al CdA sull'attività svolta nei casi in cui esso lo richieda, o qualora il RPCT lo ritenga opportuno e ne faccia richiesta.

Essendo il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione anche Responsabile della Trasparenza, in quanto tale svolgere le funzioni indicate dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33 del 2013, con specifico riferimento alla tempestiva e corretta pubblicazione e aggiornamento di dati e informazioni sul sito web dell'Azienda.

Organigramma e funzionigramma

Il Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 10 del 06/09/2021 ha approvato l'Organigramma e il Funzionigramma dell'ASP che sono pubblicati sul sito dell'ente www.aspravennacervierussi.it

I Titolari di Incarichi di posizione organizzativa

L'ASP dispone di un il Regolamento sugli incarichi di Posizione organizzativa approvato con atto del Legale Rappresentante Prot. 1183 del 17/05/2019 e validato dall' N.M.V.I. in data 28/05/2019.

Gli incarichi sono assegnati in riferimento ai nuovi Organigramma e Funziogramma dell'Ente approvato con Delibera n. 10 del 06/09/2021, con Determina del Direttore n. 3 del 13/01/2022,

Il Direttore con determina del 27/12/2022 n. 167 ha individuato gli incarichi di posizioni organizzative, attribuendo i relativi punteggi per l'anno 2023 a valere dal 01/01/2023 fino alla sottoscrizione del nuovo Contratto Integrativo Decentrato in applicazione del CC.NN.L. 2019 -2021 sottoscritto il 16/11/2022.

Sono state attribuiti per l'anno 2023 i seguenti incarichi di Posizioni Organizzativa:

Posizione Organizzativa	Funzioni	Punteggio 2022
Area Cervia (servizi finali)	a) Vedi scheda Funzionigramma; b) Funzioni trasversali e strategiche: Referente aziendale per la sicurezza, dalla L.81/2008 e per l'Accreditamento Socio sanitario della Regione Emilia Romagna.	40,5333
Area Russi (servizi finali)	a) Vedi scheda Funzionigramma; b) Impegno un giorno a settimana presso U.O. Risorse Umane.	30,7321
Area Ravenna - Servizi finali amministrativi	a) Vedi scheda funzionigramma attività della U.O. Bilancio Contabilità Controllo di gestione; b) Coordinamento del personale assegnato e delle attività svolte dai Servizi di supporto Amministrativi Patrimoniali e precisamente: U.O. Affari generali – Risorse umane; U.O. Contratti Appalti Patrimonio.	17,7031

I Titolari di Incarichi delle Posizioni Organizzative nell'ambito dei Settori di rispettiva competenza svolgono le seguenti funzioni:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla individuazione delle attività nell'ambito a più elevato rischio corruzione e alla definizione di misure idonee di prevenzione e contrasto;
- controllano il rispetto di tali misure da parte dei dipendenti dei settori cui sono preposti;
- provvedono al monitoraggio delle attività a rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo anche la rotazione del personale, con provvedimento motivato, nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;
- osservano le misure contenute nel PTPC;
- vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento;
- adottano le misure gestionali, come la sospensione e rotazione del personale o l'avvio di procedimenti disciplinari, nel caso in cui venga violato il codice di comportamento;

Ufficio per Procedimenti Disciplinari

Il Direttore pro tempore, non essendo costituito un l'Ufficio per Procedimenti Disciplinari, ne svolge le funzioni sotto sinteticamente descritte :

- svolge le attività Vigilanza, monitoraggio e attività formative previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", curandone gli aggiornamenti, esaminando le segnalazioni di violazione e raccogliendo tutte le condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54 -bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001.
- assume i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, nei servizi finali i Coordinatori di strutture ad irrogano le sanzioni per le infrazioni di minore gravità, ai sensi dell'articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.).

I dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- segnalano le situazioni di illecito e i casi di personale conflitto di interessi;
- comunicano all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nel Piano e gli obblighi di condotta previsti dal Codice di comportamento.

Il Data Protection Officer (DPO)

Con delibera del CdA n. 11 del 22/06/2022 è stata designata la società Lepida ScpA quale Responsabile per la protezione dei dati personali (RDP/DPO) per l'Azienda Servizi alla Persona Ravenna Cervia e Russi fino al 31.12.2023.

Il DPO svolgerà i seguenti compiti:

- informare e fornire consulenza;
- sorvegliare l'osservanza del Regolamento Europeo e di tutta la normativa successiva relativa al trattamento e alla protezione dei dati personali;
- fornire, se richiesto, un parere in merito al trattamento dei dati personali in Azienda;
- cooperare con il Garante per la protezione dei dati personali e fungere da punto di contatto tra l'Azienda e il garante stesso.

Soggetto individuato quale referente per il Titolare: Anna Lisa Minghetti

Dati di contatto: Cellulare 3666819149; e-mail: dpo-team@lepida.it

PEC:segreteria@pec.lepida.it

Il Nucleo Valutazione Indipendente in forma Monocratica

Le Regioni, anche per quanto concerne gli enti di propria emanazione, le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale e altri enti pubblici locali hanno la facoltà di costituire l'Organismo Indipendente di Valutazione, in quanto, possono affidare ad altri organi i compiti previsti di cui alle disposizioni indicate all'Art. 14 del D.Lgs, 150 del 2009.

L'ASP di Ravenna Cervia e Russi, nella propria discrezionalità e autonomia organizzativa, anche in un'ottica di contenimento della spesa, si è dotata con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 48 del 18/12/15 di un organismo da costituirsi in forma monocratica, denominato Nucleo Monocratico di Valutazione Indipendente che svolga le funzioni di controllo interno richiamate ai punti di cui all'Art. 14 del D.Lgs. 150 del 2009, analoghe a quelle dell'OIV.

Con la Delibera n. 05 del 21/03/2022 sono state assegnate al Nucleo Indipendente di Valutazione in forma Monocratica (N.I.V.M) le seguenti attività:

- I. Esprimersi sul sistema di valutazione adottato nell'ente.
- II. Esprimersi sull'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi programmati da parte dei valutati.

- III. Supportare l'Ente nelle attività relative alla gestione dei contratti decentrati relativamente alle quote attinenti ad emolumenti per la posizione del Direttore, dei titolari di Posizioni organizzative e altri incarichi di responsabilità, e più in generale sull'utilizzo del fondo per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività (art.67 CCNL del 21/05/2018).
- IV. Proporre all'organo di vertice la valutazione dell'operato dei dirigenti di vertice o degli apicali, laddove non fossero presenti dirigenti, secondo i principi dei contratti collettivi di lavoro applicati.
- V. Adempiere alle funzioni richiamate dalla legge in materia di attestazioni degli adempimenti di cui alla legge n. 190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013 e altri adempimenti ANAC, quali a titolo esemplificativo: verifica la Relazione annuale dell'RPCT; esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento; verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance; promuove e attesta gli obiettivi relativi alla trasparenza e l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, ecc...
- VI. Verificare gli adempimenti in materia di rilevazione del benessere organizzativo.
- VII. Adozione, implementazione graduale e aggiornamento del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione di cui al D.L. 80/2022 convertito dalla legge 06 agosto 2021 n. 113.

Con la stessa deliberazione, in seguito a procedura ad evidenza pubblica è stato nominare il Dott. Marco Grasso quale Nucleo Monocratico di Valutazione Indipendente per il triennio dal 01/04/2022 al 31/03/2025.

Sezione I Piano Triennale Prevenzione Rischio

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

L'Asp dei Ravenna Cervia e Russi, ai sensi della L. 190/12, entro il 31 gennaio di ogni anno, aggiorna il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e la Trasparenza con l'obiettivo di fornire una valutazione del grado di esposizione rischi di corruzione, individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte e adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

Nell'ottica dell'individuazione delle aree esposte a rischio e della valutazione dei rischi stessi, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 mantiene la distinzione tra "aree a rischio corruzione generali", ovvero riscontrabili in tutte le Pubbliche Amministrazioni e gli Enti Pubblici, e "aree a rischio corruzione specifiche", in relazione alla tipologia di Ente. Per quanto riguarda le "aree a rischio generale", in particolare, si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, ovvero ai punti a, b, c, d che elencano i procedimenti che, abitualmente, abitano tutte le Pubbliche Amministrazioni, a prescindere dalla tipologia o dall'ambito di intervento.

Alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione concorre il personale in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Con questo piano vengono perseguite le seguenti finalità:

1. individuare le attività per le quali è più elevato il rischio di corruzione, attraverso un modello base per la mappatura dei processi, la valutazione dei rischi di corruzione e la definizione delle conseguenti misure;
2. prevedere per le attività individuate, ai sensi del punto precedente, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. prevedere, con particolare riguardo alle attività di cui al punto 1, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione a cui compete la vigilanza sul funzionamento e sull'Osservanza del Piano;
4. Individuare misure organizzative per monitorare i rispetti dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsti dalla Legge o dai Regolamenti;
5. monitorare i rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti e che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela, di affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i Dirigenti e i dipendenti dell'Azienda;
6. individuare eventuali specifici e ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti dalle disposizioni di legge;
7. definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati a operare nei settori più esposti a rischio corruttivo.

Le misure e gli interventi organizzativi definiti nel Piano ai fini della prevenzione del rischio corruttivo vanno naturalmente considerati come strumenti da affinare e/o modificare ed integrare nel tempo in una logica di miglioramento, anche alla luce dei risultati via via conseguiti con la loro applicazione. Ai dipendenti neo assunti o già in servizio, così come a tutti i collaboratori, viene data comunicazione e adeguata informazione sui contenuti del Piano al quale viene anche data diffusione attraverso il sito aziendale e trasmesso tramite il portale personale.

I PRINCIPI

Principi strategici:

a) coinvolgimento del Consiglio di Amministrazione nell'elaborazione degli obiettivi strategici e delle linee guida per la redazione del presente Piano;

b) cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio: l'intera struttura aziendale è coinvolta nel processo di gestione del rischio. In particolare, l'implementazione di una cultura organizzativa responsabile e attenta, in ottica anticorruptiva,

passa dal lavoro sinergico del Dirigente e dei responsabili con il personale loro assegnato e arriva alla responsabilizzazione dei dipendenti tramite corsi di formazione specifici;

c) collaborazione tra amministrazioni: ASP è, in questo senso, fortemente radicata nel territorio, e collabora con i Comuni soci, oltre con le altre Aziende Servizi alla Persona, per cercare le possibili ottimizzazioni delle risorse, dei tempi e limitare quanto più possibile i rischi, anche corruttivi.

Principi metodologici:

a) prevalenza della sostanza sulla forma: la gestione del processo del rischio corruzione è strumento per l'Azienda di analisi dei processi e delle attività,; quindi strumento calato decisamente nella realtà operativa e non, come previsto anche dal PNA, mero strumento formale;

b) gradualità: il processo di gestione del rischio è graduale in quanto frutto del lavoro svolto e riportato negli anni dal RPCT, ovvero nei Piani Triennali precedenti e nelle misure organizzative messe in atto e monitorate nel lungo periodo;

c) selettività: seguendo il principio di gradualità, l'esperienza maturata negli anni di progressiva analisi e calibrazione del processo di gestione del rischio, ha fatto sì che il momento di analisi, mappatura e prevenzione accentrasse il focus sui momenti più rischiosi dell'iter amministrativo aziendale

d) integrazione: è assicurata l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruzione e il ciclo di gestione della performance, con specifico riferimento alle figure dei responsabili e al Direttore, in quanto RPCT;

e) miglioramento e apprendimento continuo: il miglioramento e questo punto riprende quanto sopra scritto per i principi di gradualità e selettività. L'apprendimento continuo, oltre che dall'esperienza che il processo di gestione del rischio sta generando, poggia anche sulla convinzione che gli scenari, esterni e interni all'ASP, non sono immutabili, come dimostra la recente pandemia da COVID-19. Questo spinge l'Azienda, nelle figure di vertice, alla continua analisi delle misure adottate per la loro implementazione e il loro miglioramento in base ai risultati dei monitoraggi effettuati.

Principi finalistici:

a) effettività: essendo il processo di gestione del rischio parte integrante dei procedimenti amministrativi stessi, quale linea di indirizzo aziendale, l'effettività del processo si garantisce senza "appesantire" l'apparato burocratico organizzativo nella quotidiana gestione delle attività;

b) orizzonte del valore pubblico: il radicamento nel territorio, come dal principio di selettività punto c) dei principi strategici, si realizza anche su questo fronte. Essendo l'ASP parte integrante del tessuto sociale locale, deve essere chiara la volontà di garantire e restituire alla comunità locale, alla Provincia di Ravenna e al territorio regionale, in misura sempre crescente il diritto della cittadinanza ad avere una "buona amministrazione" con il conseguente miglioramento del benessere collettivo.

METODOLOGIA

Nell'ambito di applicazione della L. 190/2012, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, le Amministrazioni Pubbliche, centrali e locali, sono chiamate a redigere il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione nel quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione e illegalità.

Nel disegno normativo, l'adozione delle misure di prevenzione non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto, come sopra riportata, in cui opera l'amministrazione e dall'analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti.

Il Piano Nazionale Anticorruzione prevede che la fase iniziale del processo di gestione del rischio sia dedicata alla mappatura dei **processi**, intendendo come tali, "quell'insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle

risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto interno o esterno all'Amministrazione (utente)".

Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica". L'identificazione dei processi è una fase complessa, che richiede un forte impegno e un grande dispendio di risorse dell'amministrazione.

Una fase fondamentale del processo di risk management consiste nell'individuazione (in genere sotto forma di check list) del catalogo dei rischi. Il catalogo dei Rischi è stato elaborato sulla base delle indicazioni dell'Allegato 3 del PNA e del lavoro del Nucleo Tecnico-Scientifico attivato nell'ambito del progetto "Interventi mirati al contrasto della corruzione nella Pubblica Amministrazione Locale e Centrale", gestito da Formez PA.

Il Catalogo dei Rischi è stato articolato suddiviso in 3 livelli:

I. **Primo livello: individuazione delle Aree di rischio generali** alle quali afferisce il processo e i rischi specifici a esso associati. Le aree di rischio, già individuate dal legislatore, sono:

- A. Acquisizione e progressione del Personale;
- B. Affidamento di lavori, servizi e forniture;
- C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
- E. Gestione servizi alla persona.

II. **Secondo livello: individuazione dei Processi**, che rappresentano un insieme di attività, classificate, a livello macro, raggruppate in relazione alla trasformazione di input in output dell'amministrazione

III. **Terzo livello: Rischio specifico**, che definisce una tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo fra quelli svolti dall'amministrazione.

MAPPATURA DEI PROCESSI

La rilevazione delle attività dell'Azienda e la mappatura del rischio di corruzione per processi viene proposta per la prima volta nel presente Piano, facendo seguito alla riorganizzazione dell'assetto dei Servizi sociali sul territorio del Distretto di Ravenna dall' 01/01/2017, all'approvazione dell'aggiornamento dello Statuto del febbraio 2019, e all'adozione del Regolamento per l'accesso al sistema integrato di Interventi e servizi sociali della Gestione Sociale Associata Ravenna Cervia e Russi del 2000.

MAPPATURA DEI PROCESSI ASP RAVENNA CERVIA E RUSSI

Processo 1	Erogazione servizi accreditati, ai sensi dell'Accreditamento della Regione Emilia Romagna D.G.R. 514/2009, di Casa Residenza Per Anziani e Centro Diurno		
CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP (U.O. Finali Cervia; U.O. Finali Russi)	1) C.R.A. e C.D. F. Busignani Cervia CRA Prov. Accrediat. n.80980 e CD Prov. Accrediat. n.80826 del 30/06/2014 2) C.R.A. e C.D. A. Baccarini Russi CRA Prov. Accrediat. n.80828 e CD Prov.	D.G.R. E-R 514/09 con Distretto di Ravenna e AUSL della Romagna. Contratto di Servizio per l'Accreditamento sottoscritto con Comune di Ravenna (SIC) e Comitato di Distratto. Contratto Comodato Gestione Immobile CRA A. Busignani con	Programmazione Socio Sanitaria Distretto di Ravenna Ex. L.R. E-R 02/2003. Rinnovato per il biennio 2023 – 2025.

	Accreditat. n.80785 del 30/06/2014	Comune di Cervia	
--	---------------------------------------	------------------	--

Processo 2		Erogazione servizi per Anziani in regime di Contratto di Servizio con i Comuni Soci	
CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP (U.O. Finali Cervia; U.O. Finali Russi; U.O. Ravenna)	C. Alloggio San Giovanni Bosco Ravenna. C. Alloggio Villa Fabbri e Fantini Ravenna. C. Alloggio Via Abruzzi 55 Cervia. Appartamenti protetti Valentiniano Ravenna Appartamenti Protetti Piazza Farini Russi	Contratti di Servizio con i Comuni Soci	Programmazione Socio Sanitaria Distretto di Ravenna Ex. L.R. E-R 02/2003. Regolamento Gestione Associata Servizi Sociali Ravenna Cervia e Russi.

Processo 3		Gestione concessione amministrativa Immobili di proprietà indisponibili utilizzati ai per servi accreditati ex DGR E-R 514/09 CRA e CD Garibaldi e CRA Santa Chiara a Ravenna	
CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP (U.O. Contratti Appalti patrimonio)	CRA e CD Garibaldi via di Roma 31 Ravenna CRA Santa Chiara Via Guaccimanni Ravenna	Concessione Amministrativa al soggetto gestore Solco Ravenna. Contratto di noleggio Attrezzature con il soggetto Gestore Solco Ravenna.	Programmazione Socio Sanitaria Distretto di Ravenna Ex. L.R. E-R 02/2003. Rinnovato per il biennio 2023-2025.

Processo 4		Gestione di proprietà indisponibili utilizzati ai per servi accreditati ex DGR E-R 514/09 CRA e CD A. Baccarini Russi e Sede Amministrativa ASP Viale della Lirica 21 Ravenna	
CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP (U.O. Contratti Appalti patrimonio)	C.R.A. e C.D. A. Baccarini Russi Sede Amministrativa ASP Viale della Lirica 21	D.G.R. E-R 564/00 Autorizzazione al Funzionamento D.G.R. E-R 514/09 con Distretto di Ravenna e AUSL della Romagna. D.Lgs. 81/2008 Sicurezza	Programmazione Socio Sanitaria Distretto di Ravenna Ex. L.R. E-R 02/2003. Rinnovato per il biennio 2023-2025.

Processo 5	Gestione patrimonio disponibili Urbano e Rurale ASP
-------------------	--

CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP (U.O. Contratti Appalti patrimonio)	Patrimonio immobiliare ASP	Statuto Regolamento affitto fondi rustici Normative Regionale sulle ASP E-R	Piano triennale Investimenti Piano Biennale acquisti e forniture

Processo 6	Processi Amministrativi di Supporto		
CHI	COSA	COME	QUANDO
Gestione diretta ASP Servizi di Supporto Amministrativi Patrimoniali	Vedi elenco procedimenti amministrativi e processi esplosi più sotto	A norma di legge. Statuto Regolamenti	

Nell'ambito dei processi sono state rilevate dall'ANAC le attività di carattere generale, comuni a tutte le amministrazioni, a più elevato rischio corruttivo le seguenti tipologie di procedimenti amministrativi:

	Attività di carattere generale	Note
1	Autorizzazioni	Non pertinente per l'ASP.
2	Concessioni	Non pertinente per l'ASP.
3	Concessioni ed erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed Enti pubblici e privati	Intesa come erogazione e gestione di servizi alla persona.
4	Scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, servizi, forniture	
5	Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e per la progressione in carriera	

MAPPA DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI PER ATTIVITA
IN RELAZIONE ALL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASPRAVENNA CERVIA E RUSSI IN VIGORE DAL 01/10/2021.
Servizi di Supporto Amministrativi patrimoniali
U.O. Affari Generali - Risorse Umane
Attività: Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e per la progressione in carriera

- 1) Reclutamento.
- 2) Progressioni di Carriera.
- 3) Conferimenti incarichi di collaborazione.

U.O. Contratti Appalti e Patrimonio
Attività: Scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, servizi, forniture

- 1) Indizione gare per forniture e servizi socio-sanitari, tecnici e alberghieri ;
- 2) Affidamento lavori;
- 3) Gestione forniture economali;
- 4) Convenzioni con Associazioni di Volontariato e Enti Pubblici.

U.O. Bilancio Contabilità Controllo di Gestione
Attività: Scelta dei contraenti per l'affidamento di lavori, servizi, forniture

- 1) Gestione cassa economale;
- 2) Rilascio certificazioni ai fini fiscali (delibera Regione Emilia Romagna n. 514/2009 e s.m.i.).

Servizi Finali
U.O. Servizi Finali Area Ravenna, Area Cervia e Area Russi.
Attività: Concessioni ed erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed Enti pubblici e privati

- 1) Gestione dei reclami e contenziosi con gli ospiti e i loro familiari;
- 2) Valutazione e verifica in fase di esecuzione della qualità delle forniture e dei servizi offerti;
- 3) Richiesta inserimento in struttura per posti non accreditati.

TABELLA AREE DI RISCHIO ASP RAVENNA CERVIA E RUSSI

AREE DI RISCHIO	Processi	Servizi interessati al processo e nominativi Dirigenti + Responsabili del procedimento (e del processo)
Area A Acquisizione e progressione del personale	1) Reclutamento	Direzione: Raoul Mosconi U.O. Risorse Umane: Rosaria Di Stasi personale
	2) Progressioni di carriera	
	3) Conferimento di incarichi di collaborazione	
Area B Affidamento di lavori, servizi e forniture	1) Indizione gare per forniture e servizi socio-sanitari, tecnici e alberghieri;	Direzione: Raoul Mosconi U.O. Contratti appalti e patrimonio: Federica Vanicelli e/o Viola Rosano
	2) Affidamento lavori	
	3) Gestione forniture economali	
	4) Convenzioni con Associazioni di Volontariato e Enti Pubblici	
	1) Gestione Cassa Economale	Direzione: Raoul Mosconi U.O. Bilancio Contabilità Controllo di Gestione: Dott.ssa Cristina mariani
	1) Gestione dei reclami e contenziosi con gli ospiti e i loro familiari; 2) Valutazione e verifica in fase di esecuzione della qualità delle forniture e dei servizi offerti	Coordinatori Servizi Finali: Bellato Marilena, Cristiana Pezzi; Stefania Santolini

AREE DI RISCHIO	Processi	Servizi interessati al processo e nominativi Dirigenti + Responsabili del procedimento (e del processo)
Area C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rilascio certificazioni ai fini fiscali (delibera Regione Emilia Romagna n. 514/2009 e s.m.i.).	Direzione: Raoul Mosconi U.O. Bilancio Contabilità Controllo di Gestione: Dott.ssa Cristina Mariani
Area E. Gestione servizi alla persona.	1) Gestione dei reclami e contenziosi con gli ospiti e i loro familiari; 2) Valutazione e verifica in fase di esecuzione della qualità delle forniture e dei servizi offerti; 3) Richiesta inserimento in struttura per posti non accreditati.	Coordinatori Servizi Finali: Bellato Marilena, Cristiana Pezzi; Stefania Santolini

IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il rischio è un concetto probabilistico, è la probabilità che accada un certo evento capace di causare un danno, di qualsiasi natura, alle persone. La nozione di rischio implica l'esistenza di una sorgente di pericolo e delle possibilità che essa si trasformi in un danno. La fase di identificazione e valutazione dei rischi corruzione è strettamente collegata alla tipologia di organizzazione e alle attività e procedimenti a essa rimandati.

La valutazione dei rischi, a partire dal PNA 2019, applicabile dal PTPC 2022-2024, sulla base delle indicazioni ANAC, ha assunto una connotazione qualitativa. Di seguito vengono descritte le principali condotte che si configurano quali fonti di rischio di fenomeni corruttivi per tutti i procedimenti dell'ASP:

- a) **Mancanza di adeguata pubblicità:** il dipendente omette di dare adeguata pubblicità alla possibilità di accesso alle pubbliche opportunità e/o adeguata informazione oppure omette di dare adeguata informazione alle categorie dei beneficiari.
- b) **Mancanza di controlli/verifiche:** il dipendente omette le fasi di controllo o verifica.
- c) **Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti:** il dipendente accelera o ritarda l'adozione del provvedimento finale favorendo o ostacolando interessi privati.
- d) **Assoggettamento a pressioni esterne di vario tipo:** in conseguenza di pressioni di vario tipo i responsabili del procedimento possono adottare provvedimenti illegittimi.
- e) **Previsioni di requisiti di accesso "personalizzati":** insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati specifici.
- f) **Irregolare composizione della commissione di concorso:** finalizzata al reclutamento di candidati specifici.
- g) **Motivazione generica e tautologica:** circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti specifici.
- h) **Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara:** volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso.
- i) **Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa:** finalizzato a favorire un'impresa.
- j) **Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge:** al fine di favorire un'impresa.
- k) **Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici finalizzate agevolare particolari soggetti.**

Fattori Abilitanti

La definizione di tale classificazione i livelli dei rischio poggia su alcuni elementi fondamentali individuati dal PNA 2019 quali: l'analisi dei **“Fattori abilitanti”**, che sono quei fattori capaci di condizionare la possibilità del verificarsi di un evento corruttivo. Un esempio di **“fattore abilitante”** in questo senso potrebbe essere dato dall'inadeguatezza della regolazione del processo normativa e regolamentare alla base di un procedimento. Un complesso regolativo-normativo **“debole”**, infatti, potrebbe facilitare il verificarsi di eventi corruttivi. Sono stati identificati i seguenti **“fattori abilitanti”**:

1. inadeguatezza della regolazione del processo ;
2. monopolio di potere;
3. natura e rilevanza degli interessi coinvolti nel processo;
4. eccessiva complessità dei processi;
5. assenza o carenza di controlli amministrativi;
6. carenza di trasparenza;
7. inadeguata diffusione della cultura della legalità all'interno dell'Azienda;
8. non adeguata formazione informazione e responsabilizzazione degli addetti.

Indicatori di rischio

In relazione alle condotte sopra descritte, in sede di analisi, per ciascun fattore abilitante sono stati ricavati quali ulteriori elementi valutativi degli **“indicatori di rischio”** discendenti proprio dai fattori abilitanti. Questi **“indicatori di rischio”** vengono definiti all'atto delle contestualizzazioni nella realtà organizzativa dell'ASP. Tali fattori abilitanti, infatti, se posti in relazione all'organizzazione, alle attività svolte e alla storia aziendale, consentono di produrre un livello di stimare del rischio effettivo.

Seguendo le indicazioni del PNA, con specifico riferimento agli indici di rischio indicati e alla lista esemplificativa dell'Allegato 1 del PNA 2019, all'analisi del complesso normativo e in seguito al confronto tra Dirigente e Responsabili sono stati classificati i possibili rischi. Seguendo quanto previsto dall'allegato 5 del PNA 2019 sono stati valutati, per ciascuno rischio individuato, la probabilità che esso possa verificarsi dello e l'impatto per l'ASP qualora l'episodio corruttivo si verificasse tale verificarsi porterebbe con se. Sulla base di tali indicazioni, quindi, il rischio è stato classificato come **“ALTO”**, **“MEDIO”** o **“BASSO”**.

Tabella dei Fattori abilitanti, dei relativi Indicatori di rischio e conseguente classificazione dei rischi.

Fattore abilitante	Indicatore di rischio	Criteri di valutazione del rischio	Classificazione
1 Inadeguatezza della regolazione del processo	(B) Grado di discrezionalità	Rischio ALTO	Il processo è discrezionale, e disciplinato genericamente dalla legge.
		Rischio MEDIO	Il processo è discrezionale, disciplinato dalla legge e da un regolamento o un atto amministrativo generale.
		Rischio BASSO	Il processo è vincolato per legge oppure ed è disciplinato da un atto generale che non lascia alcun margine di valutazione all'operatore.
	(B) Grado di chiarezza e di complessità normativa	Rischio ALTO	Il processo è disciplinato da norme non chiare, farraginose, con fonti di diverso livello (europeo, statale o regionale).
		Rischio MEDIO	Il processo è disciplinato da una pluralità di fonti normative (europee, statali o regionali), per cui è complesso il quadro normativo, ma i riferimenti normativi ci sono.
		Rischio BASSO	Il processo è disciplinato da norme chiare, di una sola fonte normativa (europea, statale o regionale).
2 Monopolio di potere	(A) Grado di concentrazione del potere decisionale	Rischio ALTO	Un solo funzionario e/o dirigente effettua l'istruttoria, il controllo e non sono coinvolti nell'istruttoria e nel controllo altre strutture organizzative o enti.
		Rischio MEDIO	Almeno due funzionari e/o dirigenti effettuano l'istruttoria o il controllo e questo risulta da atti formali, oppure sono coinvolti nel controllo, o nell'istruttoria, altri strutture o enti.
		Rischio BASSO	Almeno due funzionari e/o dirigenti effettuano l'istruttoria o il controllo e risulta da atti formali, sono inoltre coinvolti nel controllo, o nell'istruttoria, altri strutture o enti.
3 Natura e rilevanza degli interessi coinvolti nel processo	(B) Tipologia di utenza/beneficiari	Rischio ALTO	Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti privati.
		Rischio MEDIO	Il processo ha come destinatari/beneficiari dei soggetti pubblici o soggetti di diritto privato in controllo pubblico o partecipati a maggioranza da enti pubblici per fini istituzionali.
		Rischio BASSO	Il processo ha come destinatari uffici interni.
	(B) Ammontare del beneficio, anche indiretto e non economico	Rischio ALTO	Il processo determina direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico, pari o superiore a € 500.000.
		Rischio MEDIO	Il processo determina, direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico inferiore a Euro 500.000 e pari o superiore a € 40.000.
		Rischio BASSO	Il processo determina, direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico inferiore a € 40.000.
4 Eccessiva complessità del processo	(B) Grado di semplificazione amministrativa	Rischio ALTO	Il processo presenta una complessità che non pare giustificata, con eccessivi oneri burocratici.
		Rischio MEDIO	Il processo è complesso, pur senza oneri burocratici sproporzionati.
		Rischio BASSO	Il processo non è complesso oppure anche se complesso, senza oneri burocratici sproporzionati, è completamente informatizzato.
5 Assenza o carenza di controlli amministrativi	(B) Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	Rischio ALTO	Il processo è privo di controlli amministrativi, esterni alla struttura che lo gestisce.
		Rischio MEDIO	Il processo ha controlli contabili-finanziari e/o, solo periodicamente, controlli amministrativi da parte di altra struttura regionale o di altro ente.
		Rischio BASSO	Il processo è sottoposto a controllo da parte di altra struttura regionale o di altro ente.

6 Carenza di trasparenza	(B) Grado di trasparenza del processo	Rischio ALTO	La disciplina normativa del processo non prevede alcuna forma di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e non sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013.
		Rischio MEDIO	La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali oppure sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013.
		Rischio BASSO	La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013.
7 Inadeguata diffusione della cultura della legalità	(B) Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni (Sanzioni disciplinari, condanne per reati contro la PA, condanne da parte della Corte dei Conti, segnalazioni per fenomeni corruttivi)	Rischio ALTO	Si è verificato almeno uno degli eventi che costituiscono parametro di verifica nel processo in esame.
		Rischio MEDIO	Si è verificato almeno uno degli eventi che costituiscono parametro di verifica in un processo della medesima struttura.
		Rischio BASSO	Non si è verificato alcuno degli eventi che costituiscono parametro di verifica nella medesima struttura.
	(A) Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	Rischio ALTO	Il titolare della struttura competente per il processo non ha attuato misure di prevenzione della corruzione generali o specifiche programmate, per almeno due anni di seguito nell'ultimo triennio, senza giustificazioni condivise dal RPCT.
		Rischio MEDIO	Il titolare della struttura competente per il processo non ha attuato misure di prevenzione della corruzione generali o specifiche programmate, in un anno dell'ultimo triennio, senza giustificazioni condivise dal RPCT
		Rischio BASSO	Il titolare della struttura competente per il processo ha attuato, nell'ultimo triennio, tutte le misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche, entro l'anno di programmazione oppure alcune non sono state attuate, per ragioni eccezionali, con condivisione del RPCT
8 Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti	(A) Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazioni a formazione specifica e condivisione obiettivi/risultati tramite incontri)	Rischio ALTO	Non sono state tenute riunioni di servizio nell'anno precedente oppure il grado di partecipazione media a corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è significativamente inferiore (di oltre il 20%) a quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni
		Rischio MEDIO	E' stata tenuta nell'anno precedente almeno una riunione di servizio e il grado di partecipazione media a corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è in linea (pari o non inferiore del 20%) con quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni
		Rischio BASSO	Sono state tenute nell'anno precedente almeno due riunioni di servizio e il grado di partecipazione media a corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è in linea (pari o non inferiore del 20%) con quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni

Gli indicatori sopra riportati, seguendo quanto previsto dal PNA 2019, sono poi stati suddivisi in due specifiche categorie:

1. **categoria A:** indicatori su cui i responsabili/Dirigenti possono incidere anche da soli, ovvero quelli interconnessi alla cultura della legalità diffusa e al modello organizzativo adottato.

Nello specifico rientrano in questa categoria: Grado di concentrazione del potere decisionale; Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione; Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti

2. **categoria B:** indicatori su cui i responsabili/Dirigenti non possono incidere da soli, ovvero intrinseci nelle caratteristiche del processo stesso o di derivazione normativa.

Rientrano in questa categoria: Tipologia di utenza/beneficiari; Ammontare del beneficio, anche indiretto e non economico; Grado di discrezionalità; Grado di chiarezza e di complessità normativa; Grado di semplificazione amministrativa; Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni; Grado di trasparenza del processo; Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni.

Gli ultimi due aspetti che ANAC, infine, raccomanda nella valutazione complessiva di esposizione al rischio corruzione, sulla base di quanto riportato nel PNA 2019, sono il “**principio di prudenza**”, secondo il quale occorre evitare in qualsiasi modo la sottostima del rischio, e l’assunto per cui gli indicatori appartenenti alla categoria A assumono maggiore “peso specifico” degli indicatori appartenenti alla categoria B.

I livelli che quindi verranno indicati nella valutazione complessiva dei rischi, tenendo conto dei fattori abilitanti, dei relativi indicatori di rischio, delle categorie cui appartengono tali indicatori e delle linee guida ANAC, saranno riportati nell’allegato specifico come ALTO, MEDIO e BASSO, a sintesi del processo sopra descritto.

3. Trattamento del rischio e misure a contrasto

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo intrapreso per modificare il rischio, ovvero nell’individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio.

L’ASP sta operando una profonda riorganizzazione e contestualmente mettendo a punto una programmazione sempre più rivolta alla prevenzione del rischio corruttivo.

L’ASP ha individuato le seguenti concrete misure di prevenzione, da applicare a tutti i processi dell’ente:

A	Trattazione delle istanze di parte in ordine cronologico.
B	Dare diffusa pubblicità alle categorie interessate dalle opportunità offerte con pubblicazione sul sito (in fase di aggiornamento).
C	Rendere accessibili a tutti i soggetti interessati le informazioni relative ai procedimenti e provvedimenti che li riguardano, anche tramite strumenti di identificazione informatica, ivi comprese quelle relative allo stato delle procedure, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente.
D	Adozione di procedure standardizzate pubblicate sul sito istituzionale con la relativa modulistica.
E	Comunicazione all’interessato sull’esito delle istanze di parte e pubblicazione dei provvedimenti emanati.
F	Controlli a campione delle dichiarazioni sostitutive.
G	Obbligo di astensione in caso di conflitto d’interessi e attestazione nelle premesse del provvedimenti circa l’assenza di conflitto d’interessi.
H	Verifica della corretta applicazione delle misure del presente Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza.
I	Attivazione procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti in caso di violazione dei doveri previsti nel Codice di comportamento.
L	Sistema di gestione dei reclami.
M	Svolgimento periodico di rilevazione della qualità percepita dagli utenti e loro familiari.
N	Verifica degli standard di qualità dei servizi offerti da parte dei fornitori di servizi esterni.

L’ ANAC, l’ Autorità Nazionale Anti Corruzione, ha aggiornato le Linee Guida in materia di Whistleblowing (delibera n. 469/2021) , emanate sulla base di quanto previsto dall’art. 54-bis, co. 5, d.lgs. 165/2001, con cui vengono approfonditi i

profili relativi all'art. 1 della l. 179 concernente le segnalazioni di fatti illeciti effettuate in ambito pubblico.

Le Linee guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni sull'applicazione della normativa e sono rivolte alle pubbliche amministrazioni e agli altri enti indicati dalla legge tenuti a prevedere misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza. Esse contengono indicazioni utili anche per i possibili "segnalanti". Le Linee guida sono, altresì, volte a consentire alle amministrazioni e agli altri soggetti destinatari delle stesse di adempiere correttamente agli obblighi derivanti dalla disciplina di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR), adeguato alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 tramite il d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Si stanno approfondendo queste tematiche e adottare misure utili alla raccolta delle segnalazioni e alla tutela dei segnalanti a partire dall'implementazione del sito dell'ASP.

4. Formazione in tema di anticorruzione

Si sono previsti per l'anno 2023 i seguenti percorsi di formazione:

Obiettivo formativo	U.O. interessate alla formazione	Tipologia di formazione adottata	Periodo di formazione
La trasparenza nella Pubblica Amministrazione	Personale Amministrativo E Coordinatori dei Servizi finali.	FAD, Piattaforma SELF regione Emilia Romagna	Febbraio - Luglio 2023
La nuova disciplina in tema di protezione dei dati personali	Personale Amministrativo E Coordinatori dei Servizi finali, RAA, RAS e Infermieri	FAD, Piattaforma SELF regione Emilia Romagna	Agosto - Dicembre 2023

SEZIONE II - PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

Premessa

Il programma triennale per la trasparenza e l'integrità viene definito come segue:

Azioni in continuità e/o in integrazione a quelle già in essere:

Costante implementazione del sito web sezione "Amministrazione trasparente" secondo le indicazioni del D.Lgs. 97/2016, in particolare per quanto riguarda i collegamenti con le banche dati (attivazione link ex allegato B).

Aggiornamento della modulistica a rilevanza esterna disponibile in apposita sezione del sito.

Informazioni relative alla nuova articolazione dei servizi gestiti da Asp e indicazioni sulle nuove competenze nell'ambito dei servizi precedentemente gestiti.

Oltre a rendere disponibile a tutti gli uffici il presente Programma e pubblicarlo sul sito istituzionale dell'ASP nella sezione "Amministrazione trasparente", così come previsto dall'art. 10, c. 8, lett. a) del D.Lgs.33/2013 e ss.mm.ii., utilizzando un formato aperto di pubblicazione (PDF/A), verranno svolti momenti formativi ad hoc.

Con la vigente organizzazione ogni Responsabile di posizione organizzativa è tenuto, relativamente a quanto di propria competenza, a reperire e a fare pubblicare sul sito i dati e i documenti da inserire e a verificare l'aggiornamento di quanto già pubblicato.

Spetta al Direttore, che è Responsabile della trasparenza, il compito di verificare l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, avvalendosi dell' U.O. Affari Generali che svolge anche funzioni di supporto al Nucleo Monocratico di Valutazione Indipendente.

In atti ASP Elenco procedimenti amministrativi al 31/12/2021.

Le attestazioni degli obblighi di pubblicazione secondo le indicazioni dell'ANAC sono sempre state svolte e continueranno ad essere svolte dal Nucleo Monocratico di Valutazione Indipendente, che è organismo analogo all'OIV.

SEZIONE III - CODICE di COMPORTAMENTO

Si è proceduto con un aggiornamento del Codice di Comportamento dell'ASP approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 20/10/2021.

Verrà promossa verso i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASP apposita informazione con particolare riferimento all'applicazione del nuovo codice di comportamento già trasmesso sul portale personale.

In atti ASP il Codice di comportamento approvato con Delibera del CdA n. 13 del 20/10/21.

SEZIONE IV - PIANO DELLA PERFORMANCE

L'ASP era dotata di un manuale per la valutazione della performance che è stato aggiornato tramite un percorso partecipativo con i lavori, il confronto con le Organizzazioni sindacali e acquisito il parere del Nucleo Indipendente di valutazione è stato approvato nella versione aggiornata con Delibera n. 1 del 30/10/2023.

E' l'organo di indirizzo politico-amministrativo che approva, su proposta del Direttore, il Piano programmatico, e il PIAO, con obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione.

Particolare attenzione deve essere data proprio alla fase di definizione delle aree di miglioramento a valenza strategiche attraverso le quali si intende realizzare il piano-programma.

Pertanto, entro il mese di gennaio dell'anno di riferimento, il Consiglio di Amministrazione definisce gli obiettivi strategici (e i relativi outcome) entro i quali sarà attivata la successiva pianificazione operativa. In quest'ultima, pertanto, dovranno essere chiaramente indicati obiettivi (strategici e operativi) e relativi indicatori in maniera tale per cui, secondo un meccanismo "a cascata", gli obiettivi sono collegati fra loro secondo una relazione causale e non come mera trascrizione su livelli temporali ed organizzativi diversi.

Gli obiettivi devono essere individuati in numero limitato, ma essere rilevanti, prioritari e coerenti con la posizione occupata ricoperta, chiaramente collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'Azienda, con specifico riferimento al periodo annuale di valutazione.

Una volta definiti, il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Generale definiscono altresì la pesatura (P) degli stessi in relazione al valore complessivo 100%.

Il sistema prevede che, ad ogni capacità e ad ogni obiettivo possa essere associato un "peso", cioè un certo valore, un punteggio. Questa scelta può facilitare la gestione nel caso in cui al sistema di valutazione sia associato un sistema premiante come mezzo di riconoscimento e rinforzo ulteriori delle prestazioni e dei comportamenti attesi.

I valori della "pesatura" sono definiti contestualmente alla elaborazione delle schede in relazione all'importanza che ogni posizione attribuisce alle singole capacità all'interno del quadro complessivo delle capacità scelte per essere valutate. La predisposizione di diagrammi ad albero favorisce l'attribuzione di tali valori consentendo di assegnare pesi diversi a comportamenti ritenuti più o meno positivi.

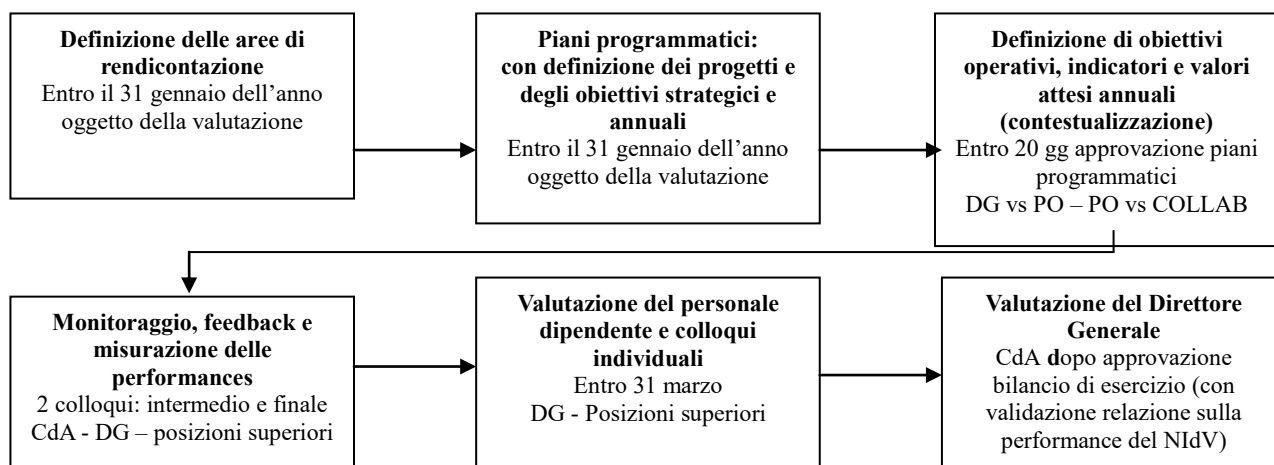
Posto, per esempio, il valore 100 come valore complessivo di tutte le capacità, nell'ambito di tale cifra viene attribuito un peso relativo alle singole capacità e, all'interno di ogni capacità vengono assegnati pesi specifici alle diverse articolazioni dei comportamenti che la descrivono.

Tali pesi specifici di ogni singola capacità, devono essere intesi come intervallo da un minimo ad un massimo utilizzando anche i decimali intermedi, per consentire una migliore e più articolata valutazione.

Per quanto concerne la "pesatura" degli obiettivi il procedimento è il medesimo: ogni obiettivo viene anticipatamente valorizzato in base a criteri definiti e, in ogni caso, con valore complessivo 100.

Il ciclo della valutazione

Schematicamente fasi, tempi, ruoli e responsabilità del ciclo di gestione della performance possono essere così rappresentati:



Obiettivi per la direzione dell'ASP Ravenna Cervia e Russi per il triennio 2023 - 2025

Area	Indirizzo strategico		Obiettivi per il triennio 2023 - 2025	Tipo di obiettivo:
A. Servizi e strutture per anziani	A. Qualificazione, sostenibilità e sviluppo dei servizi in condizioni di emergenza	A.1	Perseguimento standard accreditamento regionale.	Miglioramento di un livello qualitativo sulla base di uno standard di riferimento.
		A.2	Qualificazione degli operatori e promozione pari opportunità.	Mantenimento di uno standard qualitativo sfidante e ambizioso.
		A.3	Monitoraggio e valutazione della qualità percepita.	Quantitativo (presuppone precisi valori numerici).
		A.4	Riorganizzazione di servizi e efficientamento utilizzo delle risorse.	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
B. Welfare di comunità	B. Sviluppo welfare di comunità	B.1	Co-progettazioni con enti di Terzo settore.	Di sviluppo strategico: relativo a modalità assolutamente innovative e ad alto valore funzionale/gestionale per la realizzazione dei programmi ritenuti rilevanti per l'Azienda
C. Attività istituzionali	C. Creazione di valore pubblico sviluppando le attività istituzionali e aggiornando piani e strumenti per la <u>prevenzione della corruzione e la trasparenza.</u>	C.1	Adozione novità introdotte da CC.NN.L. 2029 - 2021	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
		C.2	Efficientamento dell'organizzazione dell'Ente.	Di tipo gestionale e per lo sviluppo delle risorse umane
		C.3	Implementazione PIAO.	Mantenimento di uno standard qualitativo sfidante e ambizioso
D. Investimenti e patrimonio	D. Programmazione investimenti e <u>valorizzazione del patrimonio</u>	D.1	Adozione di un sistema di programmazione degli investimenti e degli interventi di manutenzione.	Miglioramento di un livello qualitativo sulla base di uno standard di riferimento
		D.2	Valorizzazione e utilizzo del patrimonio: fattibilità adesione comunità energetiche.	Sviluppo strategico: relativo a modalità assolutamente innovative e ad alto valore <u>funzionale/gestionale</u> per la realizzazione dei programmi ritenuti rilevanti per l'Azienda

Fra questi sono individuati gli obiettivi relativi all'anticorruzione, alla trasparenza e al codice di comportamento, individuati con la lettera C. "Creazione di valore pubblico sviluppando le attività istituzionali e aggiornando piani e strumenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza." e in particolare per il triennio 2023 -2025 si darà corso all'implementazione del PIAO.

Relativamente alla valutazione delle performances di seguito la tabella del "Chi valuta Chi" per l'anno 2023:

Valutatore	Valutato
CdA	Direttore
Direttore	PO e Coordinatori, Tecnici, amministrativi concordati.
Coordinatore Servizi Finali Ravenna - Amministrazione	Amministrativi del Settore contabilità, bilancio e controllo di gestione e amministrativi concordati.
Coordinatore Servizi Finali Cervia	RAA, RAS e Infermieri
	OSS Comunità alloggio
	Lavanderia
	Operaio
RAA Cervia	OSS CRA
RAA Cervia	OSS CD
Coordinatore Servizi Finali Russi	RAA, RAS e Infermieri
	Capo Cuoco
Capo Cuoco	Personale di cucina
RAA Russi	OSS CRA
Coordinatore Servizi Finali Ravenna – Comunità alloggio	OSS delle Comunità alloggio.

SEZIONE V - CONCLUSIONI

Il presente Piano aggiorna il precedente e viene predisposto in una situazione di riorganizzazione generale dell'Ente. La riorganizzazione in atto sta determinando miglioramenti con la ricostituzione della struttura amministrativa dell'ASP con personale dipendente.

Rilevato che Il Piano nazionale anticorruzione (Pna) è stato approvato definitivamente dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023.

Considerato quindi che per dare attuazione sostanziale non meramente formale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2023 il Consiglio dell'Anac ha valutato l'opportunità di differire al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza unitamente a quello del Piao, tenuto anche conto del parere espresso dalla Conferenza Unificata sul punto".

Si è ritenuto quindi, per quanto sopra rilevato e considerato, per dare attuazione sostanziale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'anno 2023 come indicate nel Piano nazionale anticorruzione (Pna) approvato dal Consiglio di Anac il 17 gennaio 2023 con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, di aggiornare con successivi atti la sezione del PIAO relativa al Piano per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

SEZIONE 3

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

a. Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa: ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera a), la presente sottosezione di programmazione, illustra il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione;

Il modello organizzativo dell'ASP pone all'apice l'Assemblea dei Soci, costituita dai Sindaci dei Comuni soci, che definisce gli indirizzi generali dell'Azienda in base ai quali il Consiglio di Amministrazione, costituito da tre componenti che al suo interno nomina il Presidente e un Vice Presidente, individua le strategie e gli obiettivi della gestione.

La responsabilità della gestione aziendale è affidata al Direttore che si avvale di Servizi di Supporto amministrativi e tecnici per sovrintendere organizzare e supportare le attività finali dirette alla gestione dei servizi alla persona. I Servizi alla persona rivolti alle persone anziane e fragili sono articolati in tre aree territoriali: Ravenna Cervia e Russi.

La macro organizzazione dell'ASP, approvato con delibera n. 10 del 06/09/2021, è la seguente:

Sevizi di Supporto Amministrativi patrimoniali	Affari Generali – Risorse umane	U.O. Risorse umane
		U.O. Affari Generali
	Bilancio – contabilità Controllo di Gestione	U.O. Bilancio e Contabilità
		U.O. Controllo di Gestione
Contratti – Appalti patrimonio	U.O. Contratti e Appalti	
	U.O. Patrimonio	
Servizi Strumentali Sistema Qualità e Welfare di comunità	Sistema Qualità	Direzione ad interim
	Welfare di Comunità	Direzione ad interim
Servizi Finali	Area Ravenna	Comunità Alloggio
		Appartamenti Protetti
	Area Cervia	Casa Residenza e Centro Diurno per Anziani
		Comunità alloggio
	Area Russi	Casa Residenza e Centro Diurno per Anziani
		Appartamenti Protetti

L'Organigramma dettagliato e il Funzionigramma, approvati con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 10 del 06/09/2021 sono pubblicati sul sito dell'Ente.

Organizzazione

L'attività amministrativa dell'A.S.P. si svolge nel rispetto del principio di distinzione tra compiti politici di indirizzo e di controllo, riservati agli Organi di governo, e compiti di gestione tecnica, amministrativa ed economico-finanziaria, riservati al livello tecnico e in particolare al Direttore.

In esito alla selezione pubblica svolta il Consiglio di Amministrazione dell'ASP con la delibera n.1 del 20/01/2021 ha nominato Direttore il Dott. Raoul Mosconi, a partire dal 25/01/2021 fino al 24/01/2024, che successivamente con Delibera n. 3 del 17/02/2021 è stato formalmente nominato Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

A livello gestionale l'organigramma, approvato con Delibera del CdA n. 10 del 06/09/2021, prevede una figura dirigenziale apicale, il Direttore, che si occupa del coordinamento e della gestione di tutti gli aspetti operativi dell'Azienda. Il Direttore è a capo dei Servizi Amministrativi e di supporto e dei Servizi Strumentali Sistema Qualità e Welfare di comunità e dei Servizi Finali dell'Area di Ravenna.

Dal 01/01/2023 è stato assegnato un incarico di Posizione Organizzativa al responsabile dell'UU.O. Bilancio e Controllo di gestione al fine di ripartire il potere decisionale in capo al Direttore e consentire un migliore coordinamento delle attività amministrative di supporto.

Altre due Figure con responsabilità di obiettivi e di risultati titolari di incarichi di posizioni organizzative operano nell'ambito dei Servizi finali di Cervia e Russi e come Coordinatori delle strutture Casa Residenza e Centro Diurno,

accreditate ai sensi delle normative della Regione Emilia – Romagna, oltre ad assolvere alcune funzioni trasversali per l'Azienda.

I Servizi finali sul territorio del Comune di Ravenna, due Comunità Alloggio autorizzate al funzionamento e un complesso di appartamenti protetti, sono coordinati da un funzionario dipendente con Incarico di particolari responsabilità.

b. Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile: ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera b), la presente sottosezione di programmazione indicata, in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, e la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione.

Le attività gestite dall'ASP non sono organizzabili secondo un modello di lavoro agile.

c. **Sottosezione di programmazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale:** ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera c), la presente sottosezione di programmazione, indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e da evidenza della capacità assunzionale dell'amministrazione, della programmazione delle cessazioni dal servizio, della stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, delle strategie di copertura del fabbisogno, delle strategie di formazione del personale, della riqualificazione o potenziamento delle competenze e delle situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

h) Politiche del personale con particolare riferimento alla programmazione dei fabbisogni delle risorse umane ed alle modalità di reperimento delle stesse, e alla formazione.

Politiche del personale

L'ASP a causa dell'emergenza sanitaria è stata oggetto di un forte turn over del personale.

Nell'anno 2023 si continuerà a completare la ricostituzione della struttura con personale dipendente.

Il primo obiettivo della politica del personale è quindi, attraverso la formazione, qualificare i dipendenti che dal 2023 sono in buona parte neo assunti. Per questo motivo si sono progettati percorsi formativi ad hoc per i neo assunti e formazione di gruppo per mantenere la qualità dei servizi.

L'assunzione del personale irrigidisce la struttura ma la fidelizzazione dei dipendenti, anche attraverso la contrattazione integrativa decentrata con l'applicazione del nuovo CCNL 2019 – 2021, rappresenta una opportunità per cercare di scongiurare la costante emorragia di personale infermieristico e addetto all'assistenza verso AUSL e Ospedali e anche minori costi rispetto al ricorso alla somministrazione.

Dotazione organica aggiornata al 01/01/2023

	CAT.	Posti ricoperti Dotazione Organica	Posti Vacanti in Dotazione Organica	Dotazione organica
Funzionario Amministrativo e contabile	D	1	0	1
Istruttore Direttivo Amministrativo e contabile	D	2	0	2
Istruttore Amministrativo e contabile	C	2	1	3
Personale in amministrazione		5	1	6
Infermieri	D	9	4	13
Terapisti della Riabilitazione	D	0	3	3
Personale infermieristico e Terapisti		9	7	16
Istruttore Direttivo Socio-Assistenziale	D	2	1	3
Istruttore Socio - Assistenziale (RAA)	C	4	0	4
Istruttore Socio - Assistenziale (Animatori)	C	0	3	3
Operatore Socio Sanitario	B3	26	34	84
	B	20	4	
Addetto all'assistenza di base	B	1	5	6
Personale Assistenziale		53	47	100
Istruttore Tecnico	C	1	0	1
Collaboratore Tecnico (cuoco figura in esaurimento)	B 3	1	0	1
Esecutore tecnico	B	2	6	8
Operaio generico	A	1	0	1
Personale Tecnico		5	6	11
TOTALE		72	61	133

Piano triennale del fabbisogno del personale 2023 - 2025

Anno 2023

Nell'anno 2023 si prevedono il seguente pensionamento:

G.C., Cat. B.3, Capocuoco, figura che non si intende sostituire.

F.M., Cat. B.1, Operatore Socio Sanitario.

Fabbisogno previsto anno 2023

Personale Socio Assistenziale

Profilo	Categoria	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Da fabbisogno da Anno precedente					
OSS	B3	16	Concorso pubblico, da graduatoria utile ASP	Assunzione a tempo indeterminato	primo semestre 2023
Anno 2023					
OSS	B3	3	Progressioni verticali	Assunzione a tempo indeterminato	Primo semestre 2023
OSS (ex. Pens.)	B3	1	Scorrimento graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Secondo semestre 2023
OSS	B3	4	Scorrimento graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Secondo semestre 2023
Infermiere	D1	1	Concorso previo esperimento procedura Mobilità volontaria.	Assunzione a tempo indeterminato	Primo semestre 2023
Terapista	D1	1	Concorso previo esperimento procedura Mobilità volontaria.	Assunzione a tempo indeterminato	Primo semestre 2023

Anno 2024

Nell'anno 2024 si prevedono i seguenti pensionamenti.

- S.A.M. (01/07/2024) OSS.
- M.D. Funzionario Amministrativo Contabile dall'01/05/2024

Fabbisogno previsto anno 2024:

Personale Amministrativo

Profilo	Categoria	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Animatore	C	1	Progressioni Verticale tra Aree	Assunzione a tempo indeterminato	Secondo semestre 2024

Personale Socio Assistenziale

Profilo	Categoria	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
OSS	B3	1	Scorrimento graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2024
Terapista	D1	1	Scorrimento graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2024

Anno 2025

Nell'anno 2025 ad oggi non si prevedono pensionamenti.

Fabbisogno previsto anno 2025:
Personale Amministrativo

Profilo	Categoria	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
Istruttore Amministrativo Contabile	C	1	Bando per assunzione a tempo determinato	Assunzione a tempo determinato	Secondo semestre 2025

Personale Socio Assistenziale

Profilo	Categoria	Unità	Procedura reclutamento	Esito	Tempistiche
OSS	B3	1	Scorrimento graduatoria	Assunzione a tempo indeterminato	Nell'anno 2025

9.3 La Formazione

L'ASP ritiene lo sviluppo e l'aggiornamento professionale dei propri dipendenti lo strumento prioritario per sostenere il costante adeguamento delle competenze e per favorire il consolidarsi di un orientamento sempre più attento al risultato, alla qualità delle prestazioni e dei servizi resi.

La formazione in primo luogo è un obbligo relativamente alle tematiche della sicurezza sui luoghi di lavoro alla prevenzione. Per il personale impiegato nei servizi accreditati è previsto un ulteriore obbligo formativo minimo da assicurare nell'anno. Per il personale amministrativo e di supporto l'obbligo formativo riguarda le materie relative al buon andamento dell'amministrazione a partire dalla prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Le tipologie di formazione sono:

- A. **Formazione obbligatoria:** prevista dalla normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, finalizzata all'accREDITAMENTO socio sanitario, ecc... è la seguente:
 - a) **Formazione lavoratori relativa alla sicurezza sul lavoro:** tutti i dipendenti (sia dipendenti Asp e interinali), a parte il personale impiegatizio (ovvero coloro che lavorano dietro ad una scrivania full time), devo fare il corso di formazione per rischio alto ovvero 4 ore di formazione generale + 12 ore di formazione per rischio specifico ALTO, mentre per gli amministrativi, la formazione prevista è di 8 ore, 4 ore di formazione generale + 4 di formazione specifica a rischio Basso. Per entrambe le classi di rischio è previsto un aggiornamento quinquennale di 6 ore;
 - b) **Formazione primo soccorso:** gli addetti alla squadra di primo soccorso devono avere una formazione base per addetto al primo soccorso per aziende di gruppo B della durata di 12 ore, come sancito dal DM 388/03 e Dlgs 81/08. Tale formazione prevede un aggiornamento della durata di 4 ore da effettuarsi ogni 3 anni;
 - c) **Attestati BLSA:** questa tipo di abilitazione va rinnovata ogni due anni per il personale sanitario;
 - d) **Formazione addetti prevenzione incendi:** tutto gli addetti alla prevenzione incendi devono essere in possesso di corso di formazione completo per rischio ALTO (16 ore) ed aver superato l'esame pratico presso i vigili del fuoco. Questa formazione prevede un aggiornamento di 8 ore da effettuarsi ogni 3 anni (non necessità di esame);
 - e) **Formazione per preposti alla sicurezza:** tutti coloro che saranno o sono incaricati per l'incarico di Preposto, dovranno effettuare un corso di formazione completo delle durata di 8 ore; tale corso prevede un aggiornamento di 6 ore con cadenza quinquennale;
 - f) **Addetto HACCP:** la normativa prevede due tipi di addetti: livello 1 e livello 2 a seconda del livello si individua la periodicità del corso di aggiornamento. Ogni tre anni per gli addetti di livello 2 (addetti alla cucina), ed ogni 5 anni per gli addetti di livello 1 (es.-distribuzione pasti);
- B. **Formazione e sviluppo risorse umane:** l'ente definisce e promuovere una politica complessiva di qualificazione del personale e del lavoro – selezione, accompagnamento, formazione permanente, sviluppo, integrazione interprofessionale - per garantire la qualità del servizio e la tutela dei diritti delle persone.

L'ASP sviluppa la formazione attraverso due tipologie di percorsi formativi tra loro ed integrati: formazione interna e formazione esterna.

Formazione interna: ha l'obiettivo di aumentare le competenze, dei singoli e dell'organizzazione, attraverso l'apprendimento fra pari o

l'aggiornamento da parte dei responsabili. Questo tipo di formazione persegue obiettivi più generali come l'integrazione professionale, creando occasioni di confronto e integrazione fra professionisti, ruoli e responsabilità diverse e fra unità organizzative anche operanti in contesti territoriali diversi.

Si svolge attraverso l'organizzazione e la realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento su temi trasversali ai servizi/attività dell'Azienda, su argomenti specialistici per aree di competenza e *il benchmark* fra unità organizzative.

Formazione esterna: ha l'obiettivo di consentire a i dipendenti opportunità di aggiornamento permanente anche su aspetti/tematiche specifiche e specialistiche inerenti le attività di competenza sia dei singoli che di unità operative. Questo obiettivo si realizza favorendo la partecipazione degli Operatori ad attività formative o organizzando direttamente (percorsi formativi, seminari, giornate di studio).

Il Piano triennale della formazione 2023 – 2025

Gli indirizzi strategici dell'ASP per il triennio dal 2023 al 2025 confermano quanto contenuto nel piano delle attività assegnato al Direttore nel 2021. Le azioni formative in conseguenza della riorganizzazione in atto sono il risultato di una ricognizione dei bisogni formativi rilevati dai responsabili e dal Direttore con il coinvolgimento dei dipendenti. Dal 2023 si procederà inoltre con le azioni formative all'aggiornamento e all'implementazione del Piano Integrato Azioni e Obiettivi ex. D.L. 80/2021.

La formazione per l'anno 2023 è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi assegnati per il triennio 2023 – 2025 come da Piano delle performances.

Programma annuale della formazione 2023

Formazione obbligatoria:

Per l'anno 2023 si svolgerà la formazione sulla sicurezza obbligatoria e relativa all'antincendio del personale neo assunto.

Formazione e sviluppo risorse umane:

Obiettivo formativo	U.O. interessate alla formazione	Tipologia di formazione da adottare	Periodo di formazione
Corso di formazione in materia di il CCNLL per le ipab/ASP	Risorse Umane e Coordinatori	Formazione esterna Publika	Febbraio – Dicembre 2023
La trasparenza nella Pubblica Amministrazione	Personale Amministrativo E Coordinatori dei Servizi finali.	FAD, Piattaforma SELF regione Emilia Romagna	Febbraio - Luglio 2023
La nuova disciplina in tema di protezione dei dati personali	Personale Amministrativo E Coordinatori dei Servizi finali, RAA, RAS e Infermieri	FAD, Piattaforma SELF regione Emilia Romagna	Agosto - Dicembre 2023
Aggiornamento del sistema di valutazione delle performance individuali	Direttore, Coordinatori, RAA e RAS	Formazione Esterna Dott.ssa Lidia Silvano	Gennaio - Marzo 2023
Anziani e fine vita	OSS, infermieri, terapisti, RAA e RAS	Formazione Esterna	Gennaio - Dicembre 2023

Progetti formativi specifici:

Progetto imparare facendo: U.O. Contratti Appalti Patrimonio

Efficientamento strumenti operativi e di programmazione relativi a forniture servizi, investimenti e lavori.	U.O. Contratti Appalti Patrimonio	Formazione Esterna Ing. Barbara Fiumi	Aprile 2022 – Maggio 2023
Procedure di co-progettazione con soggetti del terzo settore ex D.Lgs. 117 del 2017	U.O. Contratti Appalti Patrimonio	Formazione Esterna	Febbraio – agosto 2023

Imparare facendo: Ufficio Risorse Umane

Gestione procedimenti pensionistici e posizioni assicurative	Ufficio Risorse Umane	Formazione Esterna Dott.ssa Rita Fumolo	Gennaio –Dicembre 2023
---	-----------------------	---	------------------------

Progetto imparare facendo: Settore Bilancio e contabilità

Affiancamento specifico alla funzionaria neo assunta.	Settore Bilancio e Contabilità gestione cespiti, sterilizzazioni e ammortamenti	Formazione Esterna Dott.ssa Mara Marmocchi	Gennaio – Dicembre 2023
--	---	--	-------------------------

4. SEZIONE MONITORAGGIO

Ai sensi dell'art. 5, la presente sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, tenuto conto delle modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, per quanto attiene alle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" e delle indicazioni dell'ANAC, relativamente alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza".

In questa sezione si da indicazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore Pubblico" e "Performance" avviene mediante la relazione alla performance, redatta entro il 30/06 dell'anno successivo e validata dal nucleo Indipendente di valutazione nominato dal CdA, anche tenendo conto degli eventuali interventi correttivi effettuati durante l'anno.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dal Nucleo di Valutazione.

Annualmente viene approvata la Relazione sulla performance predisposta dal Nucleo Indipendente di valutazione, vengono valutate performance individuale e la performance organizzativa con il sistema di valutazione approvato aggiornato dal CdA nel 2023.

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", viene effettuato secondo le indicazioni di ANAC.

Il controllo sulla qualità dei servizi erogati viene svolto secondo modalità definite dall'Azienda, anche in funzione della tipologia dei servizi, tali da assicurare comunque la rilevazione della soddisfazione dell'utente mediante la somministrazione di appositi questionari e la gestione dei reclami, il tutto in linea con quanto richiesto dagli adempimenti dell'accreditamento regionale. Trattasi di strumenti che richiedono periodicamente una revisione al fine di ottenere risultati più attendibili e chiari, che possano essere utili per indirizzare l'Amministrazione nell'adozione di eventuali azioni correttive.

E' stata istituita dall'estate 2022 sul sito dell'ASP in collaborazione con il Nucleo indipendente di valutazione una pagina dedicata a suggerimenti e reclami.

Quale strumento di monitoraggio sull'andamento degli obiettivi annuali sia economici che di attività, l'Asp ha attivato una sistema programmazione e di controllo di gestione, che prevede semestralmente in favore dei comuni soci, la predisposizione di una reportistica:

- di carattere economico;
- sull'andamento della gestione delle risorse umane ed economiche;
- sull'andamento dei servizi.

Questo monitoraggio sull'andamento dell'attività in itinere, costituisce un valido supporto informativo al controllo direzionale, per le scelte manageriali e per la guida e l'indirizzo dell'attività dei responsabili.

I risultati di questo processo di monitoraggio sono oggetto della relazione sulla gestione che accompagna annualmente il bilancio di esercizio.