
IPAB Emilio Biazzi



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2023- 2025

Indice dei contenuti

1 Premessa	5
1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione	5
2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione	6
3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione	7
3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	7
3.2 Sottosezione di programmazione - Performance	9
3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	14
3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità	14
3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione	14
3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza	16
3.3.3.3 Trattamento del rischio	16
3.3.4 Analisi del contesto	16
3.3.4.1 Contesto esterno	17
3.3.4.2 Contesto interno	17
3.3.5 Valutazione del rischio	18
3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi	18
3.3.5.2 Analisi del rischio	19
3.3.6 Ponderazione del rischio	24
3.3.7 Trattamento del rischio - Misure	25
3.3.7.1 Misure	26
3.3.7.1.1 M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza	26
3.3.7.1.2 M02: Codici di Comportamento	27
3.3.7.1.3 M03: Informatizzazione dei processi	27
3.3.7.1.4 M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti	28
3.3.7.1.5 M05: Monitoraggio dei tempi procedurali	28
3.3.7.1.6 M06: Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi	29
3.3.7.1.7 M07: Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio	30

3.3.7.1.8 M08: Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertici	31
3.3.7.1.9 M09: Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti	32
3.3.7.1.10 M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici	32
3.3.7.1.11 M11: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving Doors)	33
3.3.7.1.12 M12: Whistleblowing	34
3.3.7.1.13 M13: Patti di integrità	34
3.3.7.1.14 M14: Formazione	35
3.3.7.1.15 M15: Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione	36
3.3.7.1.16 M16: Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	37
3.3.7.1.17 M17: Regolamenti e procedure	37
3.3.7.1.18 M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro	37
3.3.7.1.19 M19: Rotazione "straordinaria" del personale	37
3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio	39
3.3.8.1 Area A: Area Personale	39
3.3.8.2 Area B: Bandi di gara e contratti	42
3.3.8.3 Area C. Entrate, spese e patrimonio	46
3.3.8.4 Area D: Gestione Ospiti	49
3.3.9 Trasparenza e Integrità	52
3.3.9.1 Responsabili della pubblicazione, procedura di pubblicazione dei dati e obiettivi	52
3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni	52
3.3.9.3 Accesso documentale (Artt.22 e ss. Legge n.241/1990)	53
3.3.9.4 Accesso civico semplice (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	53
3.3.9.5 Accesso civico generalizzato (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)	53
4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano	55
4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	55
4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile	57
4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale	58

1 Premessa

1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione

Con questo documento Istituto Emilio Biazzi adotta il Piano Integrato Attività e Organizzazione 2023- 2025 (d'ora in poi PIAO), nel rispetto delle disposizioni contenute nell'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n.113, e delle specifiche indicazioni nascenti dall'unione del decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81 e del decreto ministeriale 24 giugno 2022.

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

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

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

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

Istituto Emilio Biazzi si riserva di modificare e/o integrare il Piano anche a seguito dell'emanazione delle specifiche linee guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, e/o eventuali aggiornamenti normativi.

Il presente Piano è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione con **deliberazione n. 2 del 23/01/2023** .

2 Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione: Istituto Emilio Biazzi

Sede: Piazza Emilio Biazzi, 3 - 29010 - Castelvetro Piacentino - PC

Ulteriori sedi operative:

Codice fiscale/P.IVA: 80010650333

Presidente: Dottor Silvio Bossi

Direttore: Dott.ssa Linda Tinelli

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

E-mail: info@istitutoemiliobiazzi.it

PEC: istitutoemiliobiazzi@pec.it

Telefono: 0523825040

3 Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Per **Valore Pubblico** in senso stretto, le Linee Guida DFP intendono: il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

L'Istituto Emilio Biazzi, avente natura giuridica di I.P.A.B fu eretto in Ente Morale con Decreto Reale in data 19 giugno 1879. Il fine statutario dell'Istituto è quello di *offrire accoglienza ed adeguata attività socio assistenziale e sanitaria ad anziani in situazione di grave non autosufficienza fisica e/o psichica portatori di patologie a carattere invalidante per i quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambito domestico.*

E' governato da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri, nominato dal Sindaco del Comune di Castelvetro Piacentino e costituito con decreto del Presidente della Regione Emilia Romagna.

L'Istituto opera nel Distretto Sociale di Levante della Provincia di Piacenza nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani conducendo una Casa Residenza per anziani autorizzata per complessivi 80 posti letti, un Centro Diurno Assistenziale per anziani non autosufficienti autorizzato per 15 posti, un Nucleo sperimentale per 6 disabili adulti e di quattro alloggi protetti destinati ad anziani autosufficienti, negli immobili di proprietà siti a Castelvetro Piacentino in Piazza Emilio Biazzi 3.

L'Istituto è inserito nel sistema regionale di interventi e servizi sociali definito dalle leggi della Regione Emilia Romagna ed orienta la sua attività al rispetto dei principi dalla stessa indicati. I servizi accreditati e autorizzati devono rispettare parametri ben definiti di tipo edilizio/impiantistico, organizzativi e modalità con cui si svolgono le attività di tipo socio sanitario.

Pertanto il **Valore Pubblico** dell'Istituto Emilio Biazzi si estrinseca nell'erogazione di un adeguato livello di attività socio assistenziali, sanitarie, riabilitative, tutelari ed alberghiere rivolte a persone non autosufficienti di norma anziane, fragili e/o disabili, che non possono più rimanere al loro domicilio.

Per la creazione del **Valore pubblico**, la strategia dell'Istituto Emilio Biazzi è improntata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

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

Gli obiettivi del 2023

Per l'anno 2023, il CdA, si pone l'obiettivo di riprogettare, riorganizzare e adeguare il rientro alla "normalità", per quanto possibile, con il coinvolgimento di tutto il personale, in qualsiasi area o servizio impiegato, promuovendo nuove attività, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie, e precisamente:

- promozione del benessere psicofisico degli ospiti, con la ripresa delle relazioni con i propri famigliari, nel rispetto del contesto epidemiologico del territorio;
- riprogettazione e riorganizzazione del lavoro assistenziale e infermieristico, delle attività, degli spazi e degli ambienti di vita e di cura, che consentano il rientro alla "normalità" per quanto possibile, sempre nel pieno rispetto delle Linee Guida nazionali e regionali;

- sul punto della **sostenibilità e dell'efficientamento energetico**, v'è qui precisato che l'Istituto, già dal 2020 ha in essere un contratto di Partenariato Pubblico Privato, ai sensi dell'articolo 183, comma 15, D.lgs n. 50/2016, afferente il Servizio Energia e Impianti Elettrici, comprensivo dei lavori di riqualificazione energetica degli impianti. Allo stato attuale è stato eseguito il 97% delle opere previste dal progetto. In particolare sono state ultimate le opere relative alla Centrale Termica, assicurando il corretto e completo funzionamento del riscaldamento nella stagione invernale 2022/2023, come pure sono state ultimate le opere di sostituzione dell'illuminazione interna e le opere accessorie agli impianti interni all'edificio. A causa dei ritardi nella consegna dei materiali rimane da terminare l'impianto fotovoltaico da installarsi sul tetto dell'edificio, installazione che, compatibilmente alle condizioni meteorologiche per l'esecuzione dei lavori, si può ritenere verrà terminata entro marzo 2023.

Indicatori e parametri per la verifica

L'organizzazione e le attività dei servizi socio-sanitari devono rispondere ad una serie di indicatori che vengono definiti sia all'interno dell'Istituto (obiettivi assegnati dal CdA, protocolli operativi, ecc.) che all'esterno dell'Istituto (parametri per il funzionamento dell'Istituto, aspettative dell'utenza).

Per quanto riguarda i parametri e indicatori assegnati dall'esterno all'Istituto, si fa riferimento alle norme regionali approvate per i servizi assistenziali, che si possono riassumere nella DGR 1378/99, DGR 564/2000, DGR 1206/2007 e nella DGR 514/2009 che hanno definito il sistema di accreditamento dei servizi socio sanitari. In questi documenti sono previste le modalità di erogazione dei servizi, la quantità e qualità delle prestazioni previste per le diverse tipologie di utenti. In sostanza la misurazione della performance è soprattutto vincolata a parametri ed indicatori di tipo qualitativo, che misurano la qualità di vita e benessere degli ospiti.

La verifica del rispetto di tutti i parametri assegnati avviene tramite rilevazione dei dati e tramite controlli periodici effettuati da apposita commissione per la verifica dei requisiti dell'accreditamento e del rispetto del contratto di servizio.

Una particolare attenzione viene rivolta alle aspettative dell'utenza, attraverso la somministrazione annuale di un *questionario di valutazione della qualità dei servizi erogati*.

E' inoltre presente un sistema di controlli interni:

- Controlli contabili/amministrativi – sono riportati trimestralmente nelle verifiche del Revisore dei Conti, nominato dal Sindaco del Comune di Castelvetro P.no.
- Controlli extra contabili – viene effettuato periodicamente su parametri e indici non rilevati contabilmente ma richiesti nella rendicontazione periodica dei servizi contrattualizzati. Riguarda la rilevazione di giornate di presenza, dimissioni, ingressi, presenze e assenze degli operatori dei servizi.
- Controlli operativi – vengono effettuati tramite la cartella individuale informatizzata in uso (consegne, rilevazione parametri, segnalazioni diverse... etc.) che rilevano le attività assistenziali e sanitarie e vengono registrati tutti i fatti che riguardano la vita degli utenti al fine di monitorare le condizioni e l'efficacia delle prestazioni previste.

3.2 Sottosezione di programmazione - Performance

PIANO DELLA PERFORMANCE

Premessa

La normativa relativa alla valutazione della performance dei dipendenti pubblici (D.lvo 74/2017) ha introdotto diverse indicazioni che è necessario recepire, per quanto possibile, anche dalle l.p.a.b.

In particolare è necessario coordinare la normativa specifica delle l.p.a.b (Legge Crispi del 17 luglio 1890 nr. 6972) alle norme che sono state predisposte per amministrazioni nazionali e territoriali con caratteristiche molto diverse rispetto a quelle delle Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza, che hanno come punto di riferimento la normativa specifica, ancorchè datata 1890, il proprio Statuto e la normativa regionale in materia di gestione di servizi alla persona, pur rientrando tra gli Enti previsti dall'art. c. 2 del D.lvo 165/2001.

L'Istituto Emilio Biazzi è gestore pubblico nel Distretto di Levante della Provincia di Piacenza di servizi residenziali e semiresidenziali autorizzati e accreditati per anziani e disabili. I servizi accreditati e autorizzati devono rispettare parametri ben definiti in ordine al numero ed alla tipologia di operatori presenti ad alle modalità con cui si svolgono le attività di tipo socio sanitario.

L'Istituto ha adottato, d'intesa con le OO.SS, un Sistema di Valutazione e misurazione della Performance Organizzative e Individuale. Il sistema di valutazione è integrato con l'attribuzione degli obiettivi annuali personali e degli obiettivi annuali per i singoli servizi. Gli obiettivi assegnati sono ben definiti, misurabili nella loro realizzazione, con la previsione di tempi di realizzazione. Gli obiettivi sono inseriti nel Piano annuale delle Performance.

Facendo riferimento alle indicazioni della normativa vigente (nazionale e regionale) e coordinandola con gli strumenti previsti ed utilizzati dall'istituto per programmare la propria attività, è stato elaborato il presente Piano della Performance per l'anno 2022.

Ciclo della Performance

Il ciclo della performance per l'anno in corso e per gli anni avvenire, costruito sulla base degli adempimenti previsti per l'Istituto Emilio Biazzi, si sviluppa come segue:

- Adozione documento obiettivi annuali per servizi, uffici e per i responsabili
- Adozione del Documento di Bilancio con cui si assegnano le risorse;
- Monitoraggio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- Eventuale revisione degli obiettivi a seguito di variazioni nella programmazione delle attività
- Monitoraggio al 31/12 dello stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati
- Valutazione finale del personale nelle modalità previste dal Sistema di valutazione della performance dell'Istituto
- Approvazione del rendiconto finale di valutazione della performance e attribuzione dei compensi previsti (Indennità di produttività e di risultato) in base alla valutazione e al raggiungimento degli obiettivi

Obiettivi anno 2023

In considerazione purtroppo di linee guida ancora attente alla prevenzione del virus da Sars-Cov-2, per l'anno 2023, gli obiettivi, sono stati comunque definiti nell'intento di accrescere la cultura professionale, organizzativa e relazionale degli operatori sia come valore individuale che collettivo.

Tra gli obiettivi assegnati a tutte le aree funzionali è inserita la valutazione ottenuta dagli utenti con la compilazione del questionario di valutazione.

Sono inoltre stati definiti obiettivi personali per i due Responsabili titolari di Posizione Organizzativa.

Obiettivi personale di comparto

Si riportano le schede con gli obiettivi di Performance Organizzativa della struttura di appartenenza del personale di comparto. Per ogni obiettivo è previsto un punteggio massimo e viene attribuito un punteggio finale in base al raggiungimento degli obiettivi

previsti, come indicato nel Sistema di misurazione e valutazione della performance.

Obiettivi personale di comparto

Nr	Obiettivo	Indicatore	Standard risultato	Punteggio previsto max
Nuclei assistenziali CRA Bucaneve, Melograno, Girasole e Tulipano (Personale assistenziale OSS)				
1	Garantire un corretto ed efficiente utilizzo dei nuovi prodotti della linea igiene di Essity introdotti dal febbraio 2023	pari o leggermente superiore (10%) allo standard di consumo medio dichiarato dall'Azienda fornitrice	100%	10
2	Garantire un corretto ed efficiente utilizzo delle "Soft Wipes" fornite da Essity	pari o leggermente superiore (10%) allo standard di consumo medio dichiarato dall'Azienda fornitrice	100%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
CDA (Personale OSS e di Animazione dedicato)				
1	Riprogettare attività di stimolazione cognitiva e progettazione attività di benessere ed interesse	(nr. di giornate effettive dedicate ad attività di stimolazione o di benessere ed interesse/120*100	> 60%	20
2	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
CRD (Personale OSS dedicato)				
1	Promuovere il progetto di vita	(Numero attività relative al PdV/totale programmazioni in PdV su scadenziario Esakon)*100	>60%	20
2	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio Animazione CRA + CRD*				
1	Garantire rapporti sociali con parenti ed amici	(prefestivi dedicati alle Videochiamate/63)*100	>90%	10
2	Rivalutazione Supporti Intensity Scale rispetto ai Progetti di Vita	[(Rivalutazione SIS su PdV/6)*100	>70%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio Riabilitativo				
1	Garantire attività di formazione a tutti il personale OSS della CRA rispetto le attività di movimentazione e postura al letto o carrozzina/poltrona	(Nr eventi formativi OSS CRA /Nr Nuclei di degenza) *100	100%	20

2	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio Infermieristico				
1	Progettare ed applicare in collaborazione Ft e Medici una nuova esaustiva ed unitaria lettera di dimissione	Lettera di dimissione integrata	100%	10
2	Partecipazione formazione/ informazione	(Nr presenze ai corsi di formazione dedicati agli infermieri+ Nr presenze totali alle riunioni/ Tot. corsi formazione+ riunioni) *100	>60%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio di Coordinamento intermedio RAS				
1	Controllo mensile della corretta compilazione registro degli stupefacenti	(Nr controlli mensili registro stupefacenti+ segnalazioni NC/ 12) *100	>80%	10
2	Controllo mensile della corretta compilazione delle schede contenzione	(Nr controlli mensili schede contenzione+ segnalazioni NC / 12) *100	>70%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio di Coordinamento intermedio RAA				
1	Controllo ordine dei nuclei di degenza	(Nr di non conformità agli audit "assetto e sistemazione spazi" /nr tot audit) *100	<30%	10
2	Partecipazione alle riunioni infermieristiche	(nr presenze di almeno 1 unità alle riunioni infermieristiche/totale riunioni infermieristiche nell'anno) * 100	>60%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Servizio Guardaroba				
1	Garantire un corretto ripristino capi di abbigliamento	Nr capi di abbigliamento riparati /Capi di abbigliamento da riparare consegnati al servizio)*100	>70%	10
2	Garantire un corretto smistamento degli indumenti ai nuclei al fine di evitare perdite di capi di abbigliamento	nr. segnalazioni di smarrimento/180*100	< 50%	10
2	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Autista / Manutentore				

1	Garantire puntuali interventi di manutenzione	Nr. Interventi di manutenzione effettuati nel periodo/Nr totale di richieste nei servizi* 100	>60%	10
2	Ripristino tinteggiatura	Nr. Nuclei di degenza tinteggiati +interrato/5	>75%	10
3	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
Area Amministrativa				
1	Adeguamenti Uffici e attività	Supporto alla riorganizzazione e adeguamento dei servizi amm.vi alle diverse disposizioni	Fattivo supporto alle attività	20
2	Ottenere una valutazione positiva del servizio con il questionario di gradimento utenti	(Somma delle valutazioni ottimo e buono/ Somma delle valutazioni) * 100	>60%	20
3				

Obiettivi del personale collocato in Posizione Organizzativa

Si riportano le schede con gli obiettivi di Performance Organizzativa del Direttore e del Coordinatore Responsabile. Per ogni obiettivo è previsto un punteggio massimo e viene attribuito un punteggio finale in base al raggiungimento degli obiettivi previsti, come indicato nel Sistema di misurazione e valutazione della performance.

Obiettivi del personale collocato in Posizione Organizzativa

Direttore			
Obiettivi	Descrizione fasi di realizzazione	Indicatori	Punteggio previsto max
Gestione e governo dei servizi -	Applicazione DPCM e ordinanze emanate Adozione misure organizzative Mantenimento rapporti con autorità competenti	Governo dei servizi gestiti dall'Istituto nel rispetto delle disposizioni e indicazioni delle autorità competenti	20
Amministrazione Trasparente Piano anticorruzione	Analisi normativa Mantenimento sito Istituzionale Raccolta dati richiesti Pubblicazione sul sito dei dati oggetto di pubblicazione Revisione del PTPC e del PTTI Ottenimento certificazione dell'OIV in merito agli adempimenti anticorruzione e trasparenza	Certificazione da parte OIV	20
Valutazione della qualità	Ottenere una valutazione positiva complessiva dei servizi gestiti con il questionario di valutazione somministrato agli utenti.	Somma delle valutazioni ottimo e buono superiore al 50 % dei questionari compilati	20

Coordinatore Responsabile delle attività assistenziali			
Obiettivi	Descrizione fasi di realizzazione	Indicatori	Punteggio previsto max
Gestione e governo dei servizi	Applicazione DPCM e ordinanze emanate Adozione misure organizzative Mantenimento rapporti con autorità competenti	Governo dei servizi gestiti dall'Istituto nel rispetto delle disposizioni e indicazioni delle autorità competenti	20
Formazione del personale	Attuazione formazione a tutti gli operatori come da Piano formativo 2023	Registro delle attività	20
Valutazione della qualità	Ottenere una valutazione positiva complessiva dei servizi gestiti con il questionario di valutazione somministrato agli utenti.	Somma delle valutazioni ottimo e buono superiore al 50% dei questionari compilati	20

3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità

All'interno della cornice giuridica e metodologica prevista dalla normativa di settore e dal PNA, la presente sezione descrive e illustra la progettazione e l'attuazione del processo di prevenzione e gestione del rischio corruttivo, sulla scorta di principi strategici, metodologici e finalistici introdotti dal PNA 2019. Nel presente documento viene illustrata e motivata la strategia di prevenzione e contrasto della Corruzione e dell'illegalità, nonché di promozione della Trasparenza adottata da Istituto Emilio Biazi.

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

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

Da un punto di vista strettamente operativo, il documento può essere definito come lo strumento per attuare il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta da Istituto Emilio Biazi.

3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

Ruolo	Responsabilità/Posizione di lavoro c/o l'Ente	Competenze sulla Prevenzione della Corruzione
Organo di indirizzo politico-amministrativo e di controllo	Consiglio di Amministrazione	<ul style="list-style-type: none">• nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza;• adotta il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza e integrità e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;• propone alla Direzione indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione.
Responsabile della Prevenzione e della Corruzione	Direttore Nominato con Delibera di Consiglio nr. 33 in data 25/09/2013 confermato con Delibera di Consiglio nr. 2 del 17/01/2022	<ul style="list-style-type: none">• propone al C.d.A. gli atti e i documenti per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e di quello della Trasparenza e Integrità e ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione;• elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione;• cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti;• in qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità promuove l'applicazione del relativo programma.
Responsabile della Trasparenza	Direttore Nominato con Delibera di Consiglio nr. 33 in data 25/09/2013 confermato con Delibera di Consiglio nr. 2 del 17/01/2022	<ul style="list-style-type: none">• svolge le funzioni indicate dall'articolo 43 del decreto legislativo n. 33 del 2013;• raccorda la propria attività con quella svolta dal Responsabile della prevenzione della corruzione anche ai fini del coordinamento tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI).

Ruolo	Responsabilità/Posizione di lavoro c/o l'Ente	Competenze sulla Prevenzione della Corruzione
Responsabili dei servizi	Dirigenti / Posizioni organizzative	<ul style="list-style-type: none"> partecipano al processo di gestione del rischio, in particolare per le attività indicate all'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.
Il Nucleo di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno		<ul style="list-style-type: none"> partecipano al processo di gestione del rischio; nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti, tengono conto dei rischi e delle azioni inerenti alla prevenzione della corruzione; svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013); esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001).
Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)		<ul style="list-style-type: none"> svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. 165/2001); provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.); propone l'aggiornamento del Codice di comportamento; opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".
Dipendenti dell'Ente	Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato	<ul style="list-style-type: none"> partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; segnalano eventuali situazioni di illecito.
Collaboratori	Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Ente	<ul style="list-style-type: none"> osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; <ul style="list-style-type: none"> segnalano eventuali situazioni di illecito.
Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)	Direttore (nominato con Delibera di Consiglio nr. 40 in data 25/11/2013)	Implementa la BDNCP presso l'ANAC

3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza

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

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

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

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

3.3.3.3 Trattamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.4 Analisi del contesto

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

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

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

3.3.4.1 Contesto esterno

L'Istituto Emilio Biazzi opera nel Distretto Sociale di Levante della Provincia di Piacenza nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani conducendo una Casa Residenza per anziani autorizzata per complessivi 80 posti letti, un Centro Diurno Assistenziale per anziani non autosufficienti autorizzato per 15 posti, un Nucleo sperimentale per 6 disabili adulti e di quattro alloggi protetti destinati ad anziani autosufficienti, avviati nel corso del 2019, negli immobili di proprietà siti a Castelvetro Piacentino in Piazza Emilio Biazzi 3.

L'Istituto è inserito nel sistema regionale di interventi e servizi sociali definito dalle leggi della Regione Emilia Romagna ed orienta la sua attività al rispetto dei principi dalla stessa indicati.

3.3.4.2 Contesto interno

Per i dettagli sull'Amministrazione si rinvia alla sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa.

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

L'Istituto Emilio Biazzi, avente natura giuridica di I.P.A.B fu eretto in Ente Morale con Decreto Reale in data 19 giugno 1879. Il fine statutario dell'Istituto è quello di offrire accoglienza ed adeguata attività socio assistenziale e sanitaria ad anziani in situazione di grave non autosufficienza fisica e/o psichica portatori di patologie a carattere invalidante per i quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambito domestico.

E' governato da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri, nominato dal Sindaco del Comune di Castelvetro Piacentino e costituito con decreto del Presidente della Regione Emilia Romagna.

All'Istituto si applicano i principi relativi alla distinzione tra poteri di indirizzo e programmazione e poteri di gestione.

Il Consiglio di Amministrazione è stato nominato con Decreto del Presidente della Regione Emilia Romagna n. 52 del 16 aprile 2021 e successivamente integrato nei suoi componenti per due surroghe, con Decreti del Presidente della Regione Emilia Romagna nr. 123 del 08 agosto 2022 e nr. 185 del 29 dicembre 2022

L'Istituto è un ente pubblico vigilato da un Ente locale, pertanto soggetto all'applicazione della normativa in materia di corruzione come previsto dall'Intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata il 24 luglio 2013, ai sensi dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190 del 2012.

L'Istituto, avente tuttora natura giuridica di I.P.A.B, si deve trasformare ai sensi delle Leggi Regionali nr. 2/2003 e nr. 12/2013. Tuttavia, sino a quando non si sarà concluso tale processo di trasformazione, rimane disciplinato secondo l'originario ed istitutivo assetto normativo e regolamentare delle I.P.A.B, ovvero dalla L. 17 luglio n. 6972, dal Regolamento Amministrativo e di Contabilità emanati con R.D 5 febbraio 1891 n. 99, dal vigente Statuto (pubblicato sul sito istituzionale), oltre che dalle norme e dai principi stabiliti dalle leggi e dalle indicazioni regionali.

Costituiscono altresì riferimenti rilevanti dal punto di vista della corruzione, data la specificità di questo istituto:

- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 514/2009 e successive integrazioni e modificazioni (DGR 390/2011, DGR 1899/2012, DGR 1828/2013, DGR 715/2015) in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari;
- Le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 2110/2009, n. 219/2010, n. 1336/2010 e n. 292/2014 inerenti il sistema di remunerazione;
- I Contratti di servizio per la regolamentazione dei servizi accreditati stipulati con i soggetti committenti;
- La Carta dei Servizi (pubblicata nel sito istituzionale);

L'Istituto Emilio Biazzi è un ente privo di dirigenza. La gestione amministrativa dell'Ente è affidata al Direttore, apicale titolare di P.O, coadiuvato, per le funzioni di coordinamento assistenziale, da un Coordinatore, anch'egli titolare di P.O.

l'Istituto Emilio Biazzi riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali nel perseguimento delle funzioni istituzionali e assicura il rispetto dei seguenti principi di condotta:

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

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

- **Acquisizione e progressione del personale**
- **Affidamento di lavori, servizi e forniture**
- **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**

Non è stata effettuata la mappatura dei processi per le seguenti aree, in quanto fattispecie non presenti all'interno dei procedimenti dell'Istituto:

- **Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;**
- **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**

Altre attività a rischio di corruzione

In considerazione della particolare attività svolta dall'Istituto (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani non autosufficienti e disabili) sono state invece individuate alcune ulteriori aree e procedimenti che possono presentare una propensione al rischio per:

- Coinvolgimento di utenti esterni;
- Discrezionalità nel riconoscimento del diritto alle prestazioni

E' stato quindi valutato se altri procedimenti, oltre a quelli elencati dalla norma di cui al punto precedente, presentano le predette caratteristiche e pertanto possano essere qualificati "a rischio di corruzione".

3.3.5 Valutazione del rischio

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

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi

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

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

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

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

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

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

3.3.5.2 Analisi del rischio

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

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

INDICATORE DI PROBABILITÀ			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	ALTO	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso		

		ALTO	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		MEDIO	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		BASSO	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	ALTO	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		MEDIO	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo , misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato"; gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza ALTO Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o		

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

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

		MEDIO	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		BASSO	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Impatto sull'immagine dell'Ente misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo

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

3.3.6 Ponderazione del rischio

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

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

		Impatto				
		1	2	3	4	5
Probabilità	5	Medio	Alto	Altissimo	Altissimo	Altissimo
	4	Medio	Medio	Alto	Alto	Altissimo
	3	Basso	Medio	Medio	Alto	Altissimo
	2	Molto basso	Basso	Medio	Medio	Alto
	1	Molto basso	Molto basso	Basso	Medio	Medio

3.3.7 Trattamento del rischio - Misure

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

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

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

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

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

Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel PTPCT.

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

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

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

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

3.3.7.1 Misure

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

3.3.7.1.1 M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza

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

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

Considerato che la Trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, vanno individuati e indicati i

responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.Lgs 33/2013.

Normativa:

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

Azioni:

Caricamento e aggiornamento dei dati nelle sezioni dell'Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche indicate dalla normativa. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT): Linda Tinelli

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Albo online:

- Linda Tinelli

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Amministrazione Trasparente:

- Linda Tinelli

3.3.7.1.2 M02: Codici di Comportamento

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

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

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

Normativa:

- **Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:** d.P.R. 62/2013

Azioni:

Si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al d.P.R. 62/2013 e al Codice di Comportamento Integrativo d'Istituto approvato con Deliberazione del CdA nr. 2 in data 17/02/2014.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

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

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

3.3.7.1.3 M03: Informatizzazione dei processi

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Azioni intraprese: nel corso degli ultimi esercizi si è ampliata l'informatizzazione dei processi, estendendo anche ai servizi alla persona l'utilizzo di procedure informatizzate.

Azioni da intraprendere: maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei diversi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.4 M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Azioni intraprese: sul sito istituzionale predisposto l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.

Azioni da intraprendere: implementare la quantità e la qualità dei dati messi a disposizione degli utenti.

Attuazione:

Stato: Attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Direttore

3.3.7.1.5 M05: Monitoraggio dei tempi procedurali

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

Attuazione:

Stato: In fase di attuazione

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

RPCT, Responsabili di Ufficio

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

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

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio e tutti i dipendenti

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

I provvedimenti emanati dall'Istituto sono Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione (nei casi previsti dallo Statuto e dai Regolamenti) e Determinazioni amministrative. I provvedimenti devono riportare la descrizione del procedimento svolto, richiamando anche tutti gli atti per arrivare alla decisione finale. In tale modo chiunque vi abbia interesse potrà essere a conoscenza dell'intero procedimento ed esercitare l'eventuale diritto di accesso agli atti. Le Deliberazioni sono pubblicate sul sito dell'Istituto e, quando previsto dalle norme regionali, all'Albo Pretorio del Comune di Castelvetro Piacentino.

Azioni da intraprendere:

Nella trattazione e nell'istruttoria degli atti:

- Rispettare l'ordine cronologico di protocollo dell'istanza, fatte salve le eventuali eccezioni stabilite da disposizioni legislative/regolamentari;
- Per consentire a chiunque, anche a coloro che sono estranei alla pubblica amministrazione, di comprendere appieno la portata di tutti i provvedimenti e per consentire a tutti coloro che vi abbiano interesse di esercitare con pienezza il diritto di accesso e di partecipazione, viene data indicazione a tutti i dipendenti di redigere gli atti in modo chiaro e comprensibile, con un linguaggio semplice.
- Provvedere, laddove possibile e fatto salvo il divieto di aggravio del procedimento, di distinguere l'attività istruttoria e la relativa responsabilità dell'adozione dell'atto finale, in modo tale che, per ogni provvedimento, ove possibile, compatibilmente con la dotazione organica dell'ufficio/servizio, siano coinvolti almeno due soggetti, l'istruttore proponente ed il firmatario del provvedimento (responsabile di servizio, incaricato di P.O, dirigente).
- Nella formazione dei provvedimenti, con particolare riguardo agli atti con cui si esercita ampia discrezionalità amministrativa e tecnica, in osservanza all'art. 3 della L. 241/1990, motivare adeguatamente, con precisione, chiarezza e completezza tutti i provvedimenti di un procedimento. L'onere di motivazione è tanto più esteso quanto più ampio è il margine di discrezionalità.
- Nei casi previsti dall'art. 6 bis della legge 241/90, come aggiunto dal comma 41 dell'art. 1 della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La segnalazione di conflitto deve essere scritta e indirizzata al Direttore e/o alla Presidenza dell'Istituto, i quali, esaminate le circostanze, valutano se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Egli deve rispondere per iscritto al dipendente che ha effettuato la segnalazione, sollevandolo dall'incarico oppure motivando le ragioni che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività e le eventuali condizioni o limiti di azione, valutando le iniziative da assumere. Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione al Direttore. Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziate annualmente in occasione della reportistica finale.
- **Nell'attività contrattuale:**
- Rispettare il divieto di frazionamento o di innalzamento artificioso dell'importo contrattuale;
- Ricorrere agli acquisti a mezzo CONSIP, INTERCENT-ER e/o del mercato elettronico della pubblica amministrazione, e/o degli altri mercati elettronici, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa;
- Assicurare il confronto concorrenziale, definendo requisiti di partecipazione alle gare, anche ufficiose, e di valutazione delle offerte, chiari ed adeguati;
- Nelle procedure di gara, anche negoziata, ovvero di selezione concorsuale o comparativa, individuare un soggetto terzo, con funzioni di segretario verbalizzante "testimone", diverso da coloro che assumono le decisioni sulla procedura e se possibile, secondo un criterio di rotazione;

- Vigilare sull'esecuzione dei contratti di appalto/affidamento dei lavori, forniture e servizi, ivi compresi i contratti d'opera professionale, con applicazione, se del caso, delle penali, delle clausole risolutive e con la proposizione dell'azione per inadempimento e/o per danno.
- I componenti le commissioni di gara e di concorso devono rendere, all'atto dell'accettazione della nomina, dichiarazione di non trovarsi in rapporti di parentela e/o di lavoro e/o professionali con i partecipanti alla gara o al concorso, con gli Amministratori, con i Dirigenti/Responsabili di P.O o Responsabili di servizio interessati alla gara o al concorso e loro parenti od affini entro il secondo grado;
- I concorsi e le procedure selettive del personale si svolgono secondo le prescrizioni del D.lgs 165/2001 e del regolamento d'Istituto. Ogni provvedimento relativo a concorsi e procedure selettive è pubblicato sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "amministrazione trasparente".
- Nel conferimento, a soggetti esterni, degli incarichi individuali di collaborazione autonoma di natura occasionale o coordinata e continuativa, occorre rendere dichiarazione con la quale attesta la carenza di professionalità interne.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio

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

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

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

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

soggetto dichiarante di indicare gli eventuali incarichi ricoperti nonché eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Ai fini dell'applicazione della norma, l'Istituto acquisisce autocertificazione da parte dei Titolari di P.O all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto e dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

In particolare l'istituto applica le specifiche disposizioni dettate in materia dal dall'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e dal Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Istituto approvato con Deliberazione del C.d.A n. 2 in data 17/02/2014;

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Ufficio Ragioneria, Ufficio Economato, Ufficio Personale

3.3.7.1.10 M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici

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

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

Normativa:

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

Azioni:

Si applicano le disposizioni previste all'art. 35 bis del D.lgs n. 165/200, introdotto dalla legge n. 190/2012 e dell'art. 3 del D.lgs 39/2013. Si rinvia inoltre alle regole introdotte dal *Regolamento per l'organizzazione, la nomina, la composizione ed il funzionamento delle commissioni giudicatrici e dei seggi di gara per lavori, servizi e forniture e per la determinazione dei compensi dei commissari* approvato con Delibera di Consiglio n. 11 in data 07/05/2019. L'Istituto per il tramite del responsabile del procedimento, verifica la sussistenza di eventuali procedimenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto dell'assegnazione, anche con funzioni direttive, agli Uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- all'atto della formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi (anche per coloro che vi fanno parte con compiti di segreteria);
- all'atto della formazione di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato circa l'assenza di cause ostative indicate dalla normativa citata.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Dirigenti / Responsabili interessati dalle fattispecie di cui alle lettere a) e c) dell'articolo 35-bis del d.lgs.165/2001 sopra richiamato. Responsabili Ufficio Ragioneria, Economato, Personale per acquisizione delle autocertificazioni di cui al precedente punto b) nonché, per quanto riguarda i membri interni, viene demandata agli stessi la valutazione circa la possibilità/modalità di acquisizione di un'autocertificazione iniziale da tutti i dipendenti, con l'obbligo a carico degli stessi di provvedere ad aggiornarla nel caso di modifiche rispetto allo status certificato.

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: In fase di attuazione

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Dirigenti / Responsabili interessati alle procedure di affidamento di cui sopra

3.3.7.1.12 M12: Whistleblowing

L'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001 (Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti) prevede che:

1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.
2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.
3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.
4. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni

Il whistleblower è colui il quale testimonia un illecito o un'irregolarità durante lo svolgimento delle proprie mansioni lavorative e decide di segnalarlo a un soggetto che possa agire efficacemente al riguardo. Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano oggettivi comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse dell'Ente (e non quelle relative a soggettive lamentele personali). La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito o negligenza di cui si è venuti a conoscenza. Per assicurare tempestività di intervento ed evitare la divulgazione incontrollata di segnalazioni potenzialmente lesive per l'immagine dell'ente è preferibile che sia preposto a ricevere le segnalazioni un organo o una persona interna.

Normativa:

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

Azioni:

Gestione delle eventuali segnalazioni pervenute, secondo la procedura disposta.

Svolgimento dell'attività istruttoria necessaria per accertare se eventuali azioni discriminatorie subite dal segnalante siano riconducibili alle iniziative intraprese da quest'ultimo per denunciare presunte attività illecite nell'ambito del rapporto di lavoro. Segnalazione al Dipartimento della Funzione Pubblica delle eventuali azioni discriminatorie e trasmissione alla Procura della Repubblica di eventuali fatti penalmente rilevanti, nonché all'apposito ufficio dell'amministrazione per avviare un eventuale procedimento disciplinare.

Attuazione:

Stato: In fase di attuazione

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

3.3.7.1.13 M13: Patti di integrità

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

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

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4 del 2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066)."

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: In fase di attuazione

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Responsabili dei procedimenti di affidamento

3.3.7.1.14 M14: Formazione

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

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

Il presente Piano individua i seguenti livelli di formazione:

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

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

Normativa:

- **Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione:** Legge 190/2012
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):** Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
- **Regolamento recante riordino del sistema di reclutamento e formazione dei dipendenti pubblici e delle Scuole pubbliche di formazione:** d.P.R. 70/2013

Azioni:

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

Azioni da intraprendere:

Formazione di base: è destinata a tutto il personale sulle tematiche dell'etica, della legalità e dei codici di comportamento;

Formazione tecnica: attività formativa specifica destinata ai responsabili che operano nelle aree con processi classificati a rischio dal presente Piano;

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

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

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

La rotazione del personale dovrà avvenire secondo i seguenti criteri:

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

Normativa:

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

Azioni:

Come riportato nel PNA 2016:

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

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

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

L'Amministrazione, pur riconoscendo che la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione, come previsto nel P.N.A evidenzia che, in ragione delle ridotte dimensioni dell'Istituto e del numero esiguo di figure amministrative (n. 3 alle dirette dipendenze compreso il Direttore) e di responsabili dei servizi (n.1 coordinatore assistenziale) ognuno dei quali ha competenze definite e formazione specifica, non è possibile nel triennio 2022/2024 procedere ad una rotazione/interscambio delle figure per oggettivi impedimenti connessi alle caratteristiche organizzative.

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

Attuazione:

Stato: Non attuabile

Responsabili:

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

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT

3.3.7.1.17 M17: Regolamenti e procedure

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

Normativa:

Azioni:

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

Creazione di flussi informativi su deroghe e sugli scostamenti.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore e Responsabili Ufficio

3.3.7.1.18 M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro

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

Normativa:

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore, Responsabili Ufficio e dipendenti dell'Ente

3.3.7.1.19 M19: Rotazione "straordinaria" del personale

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

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

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, è necessario che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria. Al fine di dare attuazione alle indicazioni previste nelle Linee Guida ANAC è opportuno che l'Ente adotti un Regolamento o una Direttiva ad hoc in modo da prevedere azioni mirate ad adottare misure di rotazione straordinaria laddove intervenissero comportamenti che configurano l'oggettivo verificarsi (anche solo potenzialmente) di comportamenti e/o fenomeni corruttivi all'interno degli Uffici.

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

Attuazione:

Stato: Non attuato

Responsabili:

Segretario Direttore, RPCT

3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio

3.3.8.1 Area A: Area Personale

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

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	2,50	MOLTO BASSO

Fasi

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

Rischio

- Valutazione non oggettiva, mirata a favorire un partecipante
- Criteri di selezione poco chiari
- Procedura non eseguita correttamente intenzionalmente

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

Concorso

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,67	3,50	BASSO

Fasi

- Definizione dei criteri, dei requisiti di accesso al concorso, della tipologia di prove secondo regolamento
- Determina del Direttore di approvazione del bando di concorso
- Pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, all'albo online ente, sul BUR e sito web istituzionale
- Ricezione delle domande di partecipazione e successiva protocollazione
- Nomina della commissione dopo la scadenza del termine DI presentazione delle domande
- Verifica da parte dell'ufficio personale della completezza delle domande pervenute
- Inseameno della commissione ed eventuale auto esclusione nel caso di situazioni di conflitto di interesse con successiva nomina del componente sostitutivo
- Pubblicazione sul sito web istituzionale dell'elenco degli ammessi e comunicazione agli esclusi
- Svolgimento prove
- Correzione prove d'esame
- Pubblicazione delle graduatore degli idonei sul sito web istituzione
- Determina del direttore di approvazione della graduatoria finale
- Pubblicazione all'albo online e sul sito web istituzionale dell'ente della graduatoria finale
- Invio al/ai vincitori della chiamata in servizio tramite raccomanda a/r o mezzo mail
- In caso di risposta negativa l'ufficio personale acquisisce il diniego e lo protocolla
- Verifica da parte dell'ufficio personale dei requisiti dichiarati in sede in domanda
- Stipula del contratto di assunzione e comunicazione obbligatoria UNILAV tramite CoVeneto

Rischio

- Criteri di partecipazione ad hoc
- Prove comunicate prima dell'esame
- Valutazione non oggettiva
- Criteri di selezione poco chiari
- Variazione della lista della graduatoria

Attuazione misure

Attuate

Da attuare/migliorare

M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10,
M11, M12, M14, M16, M17, M18

M13, M19

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Coordinatore responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,75	2,00	MOLTO BASSO

Fasi

- Approvazione piano delle performance da parte del CDA
- Predisposizione delle schede di valutazione da parte del coordinatore di struttura con verifica da parte delle rappresentanze sindacali
- Delibera del CdA di approvazione del fondo di produttività e delle schede di valutazione
- Valutazione del personale con compilazione delle schede di valutazione da parte del Direttore per l'area amministrativa e da parte del coordinatore di struttura per l'area socio sanitaria
- Verifica del raggiungimento degli obiettivi di risultato e delle presenze
- I responsabili di area inviano gli esiti delle valutazioni all'ufficio amministrativo per il conteggio degli importi da erogare
- Determina del Direttore di autorizzazione all'erogazione del fondo

Rischio

- Valutazione non oggettiva, mirata a favorire un partecipante
- Valutazione non oggettiva
- Mancanza di controlli

Attuazione misure*Attuate*

M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M11, M12, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M13, M19

Incarichi professionali**Ufficio responsabile**

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,89	2,00	MOLTO BASSO

Fasi

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

Rischio

- Valutazione non oggettiva
- Mancati controlli

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

3.3.8.2 Area B: Bandi di gara e contratti

Affidamento di contratti sottosoglia di lavori, servizi e forniture

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione
- Istituto Emilio Biazzi - Archivi - Archivio

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,11	2,50	BASSO

Fasi

Rischio

- Criteri di partecipazione ad hoc
- Mancanza di rotazione dei fornitori
- Mancanza di controlli

- Sulla base della programmazione annuale interna per scadenze contrattuali, per attivazione di nuovi servizi, forniture e lavori Determina ad inizio anno di nomina dei RUP ed assegnazione degli incarichi
- Verifica sul portale consip della presenza di convenzioni/ accordi quadro, MEPA per l'acquisizione di lavori, beni e servizi
- Se i prodotti/servizi/lavori sono presenti in consip o mepa il RUP valuta la miglior procedura da seguire
- Se non sono presenti attuo una procedura con definizione dei requisiti di possesso di capacità amministrativa, tecnico-economica per gli operatori che potranno partecipare alla singola procedura e acquisto CIG/ e eventualmente CUP
- Il RUP trasmette alle ditte interessate la richiesta di preventivo
- Ricezione offerte da parte dell'ufficio protocollo/portale consip e trasmissione al RUP
- Eventuale nomina commissione tecnica con determina e successiva pubblicazione, se il criterio è quello dell'offerta economicamente più vantaggioso, alla scadenza della ricezione delle offerte
- Eventuale valutazione tecnica degli operatori economici da parte della commissione e consegna dei verbali al RUP
- Presa d'atto dei verbali di gara, della graduatoria finale e delle verifiche amministrative di possesso dei requisiti
- Aggiudicazione finale con determinazione dirigenziale e successiva pubblicazione nel sito web istituzionale
- Comunicazione di esito di procedura agli operatori economici concorrenti entro i termini di legge
- Stand still come da normativa (eccezione Consip)
- Stipula del contratto
- Avviso agli altri operatori economici di avvenuta stipula contrattuale con successiva pubblicazione online (albo-amm.trasparente)

- Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge
- Omesso ricorso a CONSIP/MEPA/INTERCENTER
- Frazionamento artificioso dei contratti

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14,
M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,11	3,00	MEDIO

Fasi

- Sulla base della programmazione (biennale servizi/forniture - triennale Ip), per scadenze contrattuali, per attivazione di nuovi servizi, forniture e lavori indicazione dei RUP e verifica delle procedure da seguire
- Verifica sul portale consip della presenza di convenzioni/ accordi quadro, MEPA per l'acquisizione di lavori, beni e servizi
- Se i prodotti/servizi/lavori sono presenti in consip o mepa il RUP pubblica la manifestazione di interesse in cui descrive il fabbisogno per l'acquisizione delle ditte interessate
- Vedi procedura 17
- Se i prodotti/servizi/lavori sono presenti in consip o mepa il RUP sceglie la procedura di idonea
- Il RUP nella richiesta del cig attiva il sistema AVCPASS
- Pubblicazione del bando e documenti di gara su GUCE, GURI, sito web istituzionale, 2 quotidiani locali + 2 nazionali, sito ministero infrastrutture, portale del SIMOG
- Verifica da parte del RUP / commissione della documentazione amministrativa presentata dagli operatori economici, verifica a campione del possesso dei requisiti utilizzando anche il portale AVCPASS
- Eventuale nomina commissione tecnica, se il criterio è quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, alla scadenza della ricezione delle offerte
- Eventuale valutazione tecnica degli operatori economici da parte della commissione tecnica e consegna dei verbali al RUP
- Seduta pubblica di comunicazione dei risultati tecnici assegnazione punteggi qualità e apertura dei plichi economici, assegnazione dei punteggi economici e redazione graduatoria finale

Rischio

- Criteri di partecipazione ad hoc
- Mancata richiesta di più offerte
- Criteri di selezione atti a favorire un'azienda
- Mancanza di controllo e accettazione di risposte poco chiare da parte del fornitore
- Revoca nel caso in cui l'unico fornitore che partecipa non si gradito all'Ente
- Procedura non eseguita correttamente intenzionalmente
- Mancanza di controlli
- Omesso ricorso a CONSIP/MEPA/INTERCENTER
- Violazione delle norme in materia di procedure ad evidenza pubblica

- Presa d'atto dei verbali e della graduatoria finale da parte del RUP che propone l'aggiudicazione provvisoria e pubblicazione nel sito web istituzionale
- Verifica dei requisiti da parte del RUP dell'operatore economico aggiudicatario
- Aggiudicazione finale con deteremina e successiva pubblicazione nel sito web istituzionale
- Comunicazione di esito di procedura agli operatori economici concorrenti entro i termini di legge
- Attesa dello stand still contrattuale, ove previsto
- Pubblicazione esito di gara su GUCE, GURI, sito web istituzionale, 2 quotidiani locali + 2 nazionali, sito ministero infrastrutture, portale del SIMOG - sezione appalti aggiudicati con creazione scheda di gara
- Richiesta alla ditta aggiudicataria del rimborso delle spese sostenute dalla stazione appaltante per la pubblicazione dei dati di gara come da normativa
- Stipula del contratto
- Avviso agli altri operatori economici di avvenuta stipula contrattuale con successiva pubblicazione online (albo-amm.trasparente)

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

Subappalto

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economali
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,11	2,50	BASSO

Fasi

- Se previsto da normativa deve essere preventivamente presentato la terna dei sub appaltatori dalla Ditta partecipante
- Il RUP deve controllare la ditta subappaltante ai sensi dell'articolo 80 dlgs 50/2016 -

Rischio

- Autorizzo di subappalto quando non permesso
- Mancati controlli

- L'ente comunica l'accettazione o il rigetto mediante nota scritta del RUP nelle forme di legge

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14,
M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

Varianti in corso di esecuzione di contratto

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
2,11	2,50	BASSO

Fasi

- Art. 106 del Codice, ammesse solo in caso si verificano i presupposti e si segue la procedura definita dalla normativa

Rischio

- Mancati controlli
- Varianti non necessarie e finalizzate a favorire ulteriori guadagni da parte dell'impresa

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14,
M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

3.3.8.3 Area C. Entrate, spese e patrimonio

Entrate

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,50	MOLTO BASSO

Fasi

- Rette degli ospiti (pagate da ospiti, famigliari o comuni)
- Rimborso AUSL di Piacenza per ospiti in convenzioni e personale sanitario
- Affitti terreni
- Servizio pasti domiciliari per il Comune di Castelvetro Piacentino
- Prestazioni fisioterapiche in convenzione con il Comune di Castelvetro Piacentino
- Contributi Europei, statali, regionali, provinciali, comunali
- Donazioni e liberalità
- Contributi da fondazioni e altri enti.

Rischio

- Errore umano
- Mancanza di controlli

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M05, M11, M12, M13, M19

Uscite

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,44	1,50	MOLTO BASSO

Fasi

- Ricezione della fattura da parte dell'ufficio amministrativo tramite sistema di interscambio, la fattura viene verificata formalmente e confrontata con la bolla
- Nel caso di fattura da parte di professionisti l'ufficio amministrativo verifica la coerenza del calcolo dell'importo fattura sotto il profilo fiscale
- L'ufficio amministrativo protocolla la fattura
- L'ufficio amministrativo esegue i controlli sostanziali previsti dal codice dei contratti (DURC, ecc.)

Rischio

- Ordine di pagamento mirato a favorire un fornitore
- Modifica dei cedolini o altro documento per il pagamento per favorire interessi personali o di altri
- Errore umano
- Mancanza di controlli

- L'ufficio amministrativo registra la fattura nel programma di contabilità
- L'ufficio amministrativo chiede autorizzazione al RUP e procede alla liquidazione della fattura inviando in banca i dati per il mandato di pagamento
- L'ufficio amministrativo verifica le ora svolte dal personale e le inserisce all'interno del gestione per l'elaborazione delle paghe
- Vengono prodotti i cedolini
- L'ufficio amministrativo verifica la correttezza degli importi e li invia al direttore per la verifica e l'autorizzazione
- Una volta acquisita l'autorizzazione l'ufficio amministrativo invia l'elenco dei netti da pagare e all'autorizzazione al pagamento alla tesoreria
- L'ufficio amministrativo elabora i mandati e li trasmette alla tesoreria per il pagamento
- Consegna al personale dei cedolini con allegato copia del cartellino di presenza

Attuazione misure

Attuate

Da attuare/migliorare

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14, M16, M17, M18

M05, M11, M12, M13, M19

Patrimonio

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,22	1,00	MOLTO BASSO

Fasi

- Beni mobili: L'ufficio amministrativo una volta ricevuta la fattura d'acquisto provvede alla contabilizzazione e all'inserimento del bene nel programma inventari, se da inventariare.
- In caso di dismissione del bene l'ufficio amministrativo provvede ad inserire la data di cessazione nel programma inventari

Rischio

- Errore umano
- Dimenticanza di dismettere un cespite che potrebbe non essere segnalato
- Mancati controlli

- Beni immobili: l'ufficio amministrativo una volta ricevuta la documentazione relativa all'immobile provvede a inventariarlo.

Attuazione misure

Attuate

Da attuare/migliorare

M01, M02, M03, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M14,
M16, M17, M18

M05, M11, M12, M13, M19

3.3.8.4 Area D: Gestione Ospiti

Colloqui iniziale ospite in regime privato

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economici
- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Direzione
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Coordinatore responsabile

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,57	1,00	MOLTO BASSO

Fasi

- Il potenziale cliente chiede al coordinatore la possibilità di inserimento del proprio familiare in regime privato
- Se le condizioni proposte sono condivise viene fissato un colloquio di ingresso
- Il coordinatore tramite il gestionale socio sanitario comunica al personale la data del nuovo ingresso e le condizioni cliniche del nuovo ospite

Rischio

- Favoreggiamento di ingresso di ospiti a seguito di pressioni sociali, senza seguire un criterio preciso
- Irregolarità nell'accettazione delle domande di ingresso
- Irregolarità nella formazione delle graduatorie

Attuazione misure

Attuate

Da attuare/migliorare

M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10,
M14, M16, M17, M18

M12, M13, M19

Assistenza ospite

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Ambulatorio Medico
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Coordinatore responsabile
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Responsabile attività assistenziale
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Farmacia
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Bucaneve
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Melograno
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Girasole
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Tulipano
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Palestra
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Nucleo Bucaneve

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,25	1,00	MOLTO BASSO

Fasi

- Gestione dell'ospite da parte del personale dell'ente in relazione alla propria mansione

Rischio

- Accettazione di regalie, compensi o altre altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M12, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M13, M19

Decesso ospite

Ufficio responsabile

- Istituto Emilio Biazzi - Area Amministrativa - Uffici Contabile/Risorse Umane/Servizi Economali
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Ambulatorio Medico
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Coordinatore responsabile
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Bucaneve
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Melograno
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Girasole
- Istituto Emilio Biazzi - Area Socio Sanitaria - Guardiola Nucleo Tulipano

Probabilità	Impatto	Valore rischio
1,50	1,50	MOLTO BASSO

Fasi

Rischio

- In caso di decesso dell'ospite l'infermiere in turno rileva i parametri vitali e attiva la procedura di chiamata per la constatazione del decesso
- L'infermiere in turno contatta il medico di struttura se in turno, in caso contrario contatta la guardia medica o il 118 per la constatazione del decesso
- L'infermiere o il coordinatore provvedono a contattare i referenti dell'ospite se non già presenti in struttura
- Il personale sanitario in turno provvede ad inserire la consegna dell'avvenuto decesso nel proprio diario informatizzato
- Trascorse le due ore dalla constatazione del decesso la salma viene ricomposta dal personale OSS e portata nella cella mortuaria interna
- Se la constatazione della morte è fatta dal medico di struttura questo compila anche la scheda ISTAT
- L'infermiere in turno o il medico di struttura contattano il medico necroscopo per avvisarlo dell'avvenuto decesso
- Nelle 32 ore successive dalla comunicazione di morte il medico necroscopo esegue la visita necroscopica e referta il certificato necroscopico ed eventuale documentazione utile alla cremazione
- Il RAS provvede a raccogliere tutta la documentazione sanitaria cartacea dell'ospite, il certificato di morte, il foglio istat, il certificato necroscopico e provvede a compilare l'avviso di decesso
- L'ufficio amministrativo invia la scheda ISTAT, il certificato di morte, il certificato necroscopico e l'eventuale documentazione utile alla cremazione al Comune di Castelvetro Piacentino
- L'infermiere in turno provvede a chiudere la cartella sanitaria informatizzata dell'ospite
- L'ufficio amministrativo provvede a chiudere la posizione contabile dell'ospite e contatta i referenti per il saldo contabile

- Comportamenti del personale atti a favorire una determinata impresa di onoranze funebri

Attuazione misure

Attuate

M01, M02, M03, M04, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M12, M14, M16, M17, M18

Da attuare/migliorare

M13, M19

3.3.9 Trasparenza e Integrità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni

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

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

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

Dato atto che, i termini per l'adempimento debbono necessariamente tener conto della sostenibilità complessiva del sistema in relazione alle dimensioni e alle caratteristiche della struttura organizzativa, l'art. 8, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013 dispone che i dati,

le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

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

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

Trascorsi il quinquennio o il triennio previsti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno e la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

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

Istituto introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge 241/90.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Accesso Civico riguarda i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria in base alla normativa vigente.

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

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

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

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

Il citato art. 5 bis dispone:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Organigramma per Funzioni (Funzionigramma) dell'Istituto Emilio Biazzi – i.p.a.b –

Le funzioni e le responsabilità attribuite alle varie figure operanti in Istituto sono quelle elencate nel Funzionigramma approvato con delibera di Consiglio nr. 20 in data 09/06/2014, reperibile sul sito Istituzionale. Con il medesimo atto è stato approvato anche il vigente organigramma, di seguito riassunto:

ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

Denominazione: Consiglio di Amministrazione

Mission :Si occupa della gestione aziendale ai livelli più alti, definendo mission (lo scopo d'essere dell'azienda) e vision (i criteri per cui la mission viene perseguita)

Svolge attività attraverso : Direzione amministrativa, Direzione operativa

Funzioni:

PRESIDENTE: Esercita le funzioni a lui attribuite dalla legge. Ha la rappresentanza legale dell'ente e cura i rapporti con gli altri Istituti ed autorità. Convoca il Consiglio di amministrazione determinando ordine del giorno e sedute. Sviluppa ogni utile iniziativa di collegamento con le amministrazioni pubbliche, con gli operatori privati, con le espressioni organizzate dall'utenza, e con ogni altra organizzazione interessata alle attività dell'Ente assumendosi sotto la propria responsabilità i provvedimenti di competenza. Collabora con il Responsabile della sicurezza prevenzione e protezione, (RSPP)

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE: i consiglieri dell'ente, coordinati dal Presidente, determinano gli indirizzi dell'Ente, definendone programmi ed obiettivi da attuare e verificando la corrispondenza dei risultati.

AREA AMMINISTRATIVA

Denominazione: Direzione Amministrativa

Funzioni:

DIRETTORE:Partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione con le funzioni previste dalla L. 6972/1890 e dei relativi regolamenti di attuazione. E' il garante della legittimità degli atti posti in essere dal Consiglio di Amministrazione. Collabora con il Presidente nel coordinamento dei servizi. Su richiesta fornisce ai Consiglieri tutte le delucidazioni relative all'andamento dell'Ente.

Rapporti interfunzionali:

Gerarchico: Consiglio di Amministrazione

Funzionale: Collaborazione con la Direzione operativa, supporto ai nuclei di degenza

Denominazione : Affari generali, contabilità e risorse umane

Funzioni:

COORDINATORE AMMINISTRATIVO CONTABILE cat. D1

ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO CONTABILE cat. C

Posti Previsti in dotazione organica: 3

Gerarchico: Direttore Amministrativo

Funzionale: Supporto alla direzione operativa, ai nuclei di degenza ed ai servizi generali

AREA TECNICO MANUTENTIVA E DEI SERVIZI

Denominazione : Servizi generali

Articolazioni :

Svolge le attività attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

Cucina cat. B

Guardaroba cat. B

Lavanderia cat. A
Operaio manutenzione/autista cat. B
Posti Previsti in dotazione organica: 6

AREA SOCIO ASSISTENZIALE SANITARIA

Denominazione: Area socio assistenziale e sanitaria

Articolazioni:

Svolge le attività attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

Coordinatore Responsabile di Struttura cat. D1

Responsabile Attività Sanitarie cat. C

Infermieri cat. C

Fisioterapisti cat. C

Responsabili Attività Assistenziali cat. B3

Operatore Socio Sanitario (OSS) cat. B3

Animatore cat. C

Posti Previsti in dotazione organica: 66

MEDICO DI STRUTTURA

Denominazione : Medico di Struttura

Funzioni

L'Azienda USL di Piacenza garantisce attraverso l'Istituto, secondo le modalità concordate, l'assistenza medica prevista tramite l'espletamento delle funzioni e dell'attività medica di diagnosi e cura; garantisce a norma delle direttive regionali la presenza di personale medico.

Il Medico di struttura è inserito nell'organizzazione dell'Istituto con un rapporto libero professionale per lo svolgimento dell'attività medica di diagnosi e cura a favore degli ospiti non autosufficienti ricoverati.

Responsabilità Organizzativa: L'Istituto Emilio Biazzi è un ente privo di posizioni dirigenziali, e pertanto i due dipendenti di vertice della struttura organizzativa di categoria D (Direzione e Coordinamento d'area socio assistenziale), incaricati con provvedimento formale delle funzioni di Responsabili dei settori organizzativi, assolvono ai compiti e alle funzioni di cui all'art. 13 c.1 del CCNL 21/05/2018;

Specificità

In questa parte del documento viene data particolare esplicitazione agli aspetti organizzativi dell'Istituto Emilio Biazzi, sottolineando il fatto che le professionalità preminenti sono quelle appartenenti ai ruoli socio sanitari, mentre l'organico amministrativo rappresenta una esigua parte, pari al 5% sull'intero organico (4 posti previsti, compreso il Direttore, su un organico complessivo di 76 persone).

Pertanto le iniziative organizzative e formative attengono maggiormente ai profili socio sanitari, sui quali l'Istituto conta per poter adeguatamente assistere gli ospiti dei servizi gestiti.

4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

La tipologia di Ente, che fornisce assistenza diretta ad anziani non autosufficienti e quindi deve garantire la continuità dei servizi alla persona, oltre che alle ridotte dimensioni dell'organico amministrativo (nr. 4 persone compreso il Direttore), non consente uno sviluppo dell'organizzazione del lavoro agile strutturato e diffuso.

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

L'Istituto Emilio Biazzi non ha mai attivato il POLA in quanto i servizi, anche amministrativi, si sono sempre svolti in presenza.

4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano Triennale dei fabbisogni di personale è lo strumento attraverso il quale si programmano e assicurano le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi gestiti dall'Istituto Emilio Biazi. Il presente documento, aggiorna e ridefinisce la programmazione dei fabbisogni per il triennio 2023 2025.

L'analisi dei fabbisogni

L'aggiornamento dei fabbisogni di personale per il triennio 2023 2025, ed in particolare per l'anno in corso, viene pertanto costruita partendo dall'analisi seguenti fattori:

- il personale in servizio (dotazione di fatto)
- gli spazi assunzionali utilizzabili se la pianificazione dei servizi da erogarsi evidenzia necessità lavorative che richiedono un maggiore apporto di personale, da dimostrare in base alle reali esigenze gestionali (es. andamento case mix, servizi da consolidare o mantenere)

Al 31/12/2022 , i posti in organico, come stabiliti con Deliberazione di Consiglio 21/2019, sono complessivamente 76, di cui 65 coperti a tempo indeterminato , così suddivisi:

Dotazione organica adottata con Delibera di Consiglio 21/2019						
Situazione al 31/12/2022						
Cat.	Profilo professionale	Posti previsti	n. posti coperti a tempo pieno	n. posti coperti a part time	n. posti vacanti a tempo pieno	n. posti vacanti a part time
Area Amministrativa						
D3	Direttore Amministrativo	1	1			
D1	Coordinatore Amm.vo contabile	1	1			
C1	Istruttore Amm.vo contabile	2	1		1	
Sub totale		4	3		1	
Area Socio - Assistenziale - Sanitaria						
D1	Coordinatore Socio Assistenziale	1	1			
C1	Responsabile delle attività sanitarie pt 25 ore settimanali *	1	1			
C1	Infermiere a tempo pieno	8	7		1	
C1	Infermiere a pt 24 ore settimanali	1			1	
C1	Fisioterapista a pt 25 ore settimanali **	1		1		
C1	Fisioterapista a pt 24 ore settimanali	1		1		
C1	Fisioterapista a pt 18 ore settimanali	2		1		1
C1	Animatore a part time 18 ore settimanali	3		3		
C1	Educatore sociale	1			1	
B3	Animatore OSS ***	1		1		
B3	Responsabili delle attività assistenziali	4	3		1	
B3	Operatore Socio Sanitario OSS	42	37	2	5	
Sub totale		66	49	9	9	1
Area Tecnica e dei servizi economici						
B1	Cuoco	3	1		2	
B1	Responsabile guardaroba	1	1			
B1	Operaio addetto alla manutenzione autista	1	1			
A1	Operaio lavanderia	1	1			

Sub totale	6	4		2	
Totale	76	56	9	12	1

I posti che sono riportati nella dotazione organica sono quelli strettamente necessari al funzionamento dell'Istituto nel rispetto dei parametri stabiliti dalle norme sull'accreditamento e dei vigenti Contratti di servizio, pertanto **non risultano posti in esubero**.

Il programma delle assunzioni per il triennio 2023/2025 e la gestione del personale, è il seguente:

- per quanto riguarda gli Operatori Socio Sanitari, gli Infermieri, i Fisioterapisti e altre figure infungibili, copertura del turn over;
- copertura del turn over del personale Amministrativo con personale a tempo determinato;

Per quanto concerne la programmazione del fabbisogno degli anni 2023/2025 la stessa è, al momento, necessariamente legata esclusivamente al turn-over dei posti che si renderanno eventualmente vacanti per le singole professionalità, fatte salve le variazioni degli organici che potranno intervenire in ragione dell'andamento del case mix o altre esigenze che comportino necessità di adeguamento dell'organico.

Rispetto alle **politiche occupazionali**, le criticità riguardano il reperimento delle figure professionali sanitarie. Nel corso dell'ultimo quinquennio l'Istituto, ha intrapreso diverse azioni per stabilizzare gli organici, in particolare sono stati effettuati concorsi pubblici per OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Animatori e procedure di stabilizzazione. Purtroppo, quanto è stato fatto non è servito a compensare le uscite di personale, sia OSS che Infermieristico, verso il SSN, soprattutto a seguito delle chiamate effettuate per far fronte alla pandemia. In particolare l'Istituto si trova in difficoltà a coprire i posti di infermiere.

In data 16/11/2022 è entrato in vigore il CCNL Comparto Funzioni Locali 2019/2021, che introduce un nuovo modello di classificazione del personale, con l'obiettivo di aggiornare le dichiarazioni delle aree professionali adattandole ai nuovi contesi organizzativi. Il personale in servizio alla data del 01 aprile 2023 verrà inquadrato nel nuovo sistema di classificazione secondo la Tabella di trasposizione allegata al CCNL. Particolare attenzione dovrà essere posta all'attuazione della classificazione e alla regolamentazione delle progressioni tra aree del personale appartenente alle professioni Sanitarie e socio-sanitarie (nel nostro caso Infermieri e Fisioterapisti).

Valutazioni di sintesi – Piano delle assunzioni per il 2023:

In base ad una prima analisi organizzativa, dalla mappatura delle competenze necessarie di personale rispetto agli obblighi prestazionali assunti nei confronti della committenza e nella qualificazione rispetto alla qualità e quantità dei servizi erogati, si ritiene di procedere, entro la fine dell'anno 2023, ai seguenti procedimenti assunzionali:

- Assunzione a tempo indeterminato di 2 Infermieri da assegnarsi all' Area Socio assistenziale e Sanitaria – a completamento dell'organico necessario e indispensabile all'erogazione dei servizi a garanzia e tutela degli ospiti assistiti mediante l'espletamento delle procedure di reclutamento previste dalla legge;
- In base alle eventuali cessazioni e o dimissioni in corso d'anno di personale afferente a qualsiasi area funzionale, giudicato necessario e indispensabile all'erogazione dei servizi a garanzia e tutela degli ospiti assistiti, si procederà ad integrare e mantenere l'organico iniziale in funzione della struttura organizzativa dell'Istituto e delle reali esigenze gestionali dei servizi attraverso le procedure di reclutamento previste dalla legge.
- conclusione della procedura selettiva già bandita per l'assunzione a tempo determinato di un Collaboratore Amm.vo cat. B3 per il supporto temporaneo dell'area Amministrativa/servizi generali, nelle more di riorganizzazione delle attività e delle competenze degli uffici.

Previsione delle assunzioni a tempo determinato e alla somministrazione lavoro nel triennio 2023/2025

Il presente piano tiene conto delle eventuali figure professionali a tempo determinato, ove presenti graduatorie da inserire nell'organizzazione dell'Istituto in base alle esigenze temporanee e straordinarie di gestione dei servizi gestiti dall'Istituto, quali sostituzione ferie, maternità, aspettative o altre assenze medio lunghe, altre esigenze organizzative temporanee e/o straordinarie in considerazione dell'alta variabilità gestionale dei servizi o per potenziamento organico per la gestione dei servizi anche temporanei o sperimentali.

L'Istituto inoltre prevede e si riserva il ricorso alla somministrazione di lavoro a tempo determinato rispetto a tutte le figure presenti nella dotazione organica e o comunque necessarie alla realizzazione e conduzione dei servizi gestiti, per far fronte ad esigenze

temporanee ed eccezionali qualora le altre fonti di reclutamento programmate non siano efficaci.

Su fronte delle **relazioni sindacali**, dopo la stipula in data 16/11/2022 del nuovo CCNL a valere per il triennio 2019-2021, con delibera di Consiglio nr. 34 in data 13/12/2022 si è proceduto alla costituzione della Delegazione trattante di parte pubblica, e alla definizione delle linee di indirizzo a cui dovrà attenersi per la stipula del Contratto Integrativo Decentrato:

- La contrattazione decentrata dovrà svolgersi nel rispetto della normativa nazionale vigente, avendo cura di attenersi solo agli ambiti di competenza, così come definiti dalla contrattazione nazionale e dalla legge. La medesima attenzione dovrà essere posta agli aspetti economici derivanti dalla necessità di contenimento delle spese per il personale allo scopo del riequilibrio di Bilancio;
- Con riferimento ai principali istituti giuridici si dà indicazione di dare applicazione agli istituti delle indennità e dei compensi delle situazioni rientranti nelle previsioni del CCNL, definendo criteri generali e importi per la loro attribuzione, dando altresì attuazione alla sezione del CCNL dedicata al Personale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie;
- Prevedere la possibilità di effettuare nuove progressioni, secondo criteri di selettività e in funzione delle risultanze del sistema di valutazione e dell'esperienza professionale maturata, con contenimento dell'incidenza delle nuove progressioni nei limiti delle disponibilità delle risorse;
- Valorizzare la performance con riferimento a criteri valutativi attinenti all'Istituto nel suo complesso, ai singoli settori/servizi, al contributo individuale di ciascuna risorsa umana rispetto agli obiettivi fissati, comunque nel rispetto della disciplina di settore;

In tal senso si conferma la necessità di un investimento strategico sulle risorse umane, così duramente messe alla prova nel periodo emergenziale, essendosi trovate ad operare in una situazione senza precedenti, senza tra l'altro ricevere riconoscimenti economici, come invece previsto per gli operatori della sanità. Ne va valorizzato l'apporto, il senso di appartenenza, la motivazione e la crescita professionale, anche attraverso un adeguato programma di formazione e aggiornamento.

La formazione del personale:

Introduzione

La DGR 514/09 e successive modifiche che disciplinano l'accreditamento dei servizi sociosanitari prevedono che le organizzazioni assistenziali, nel nostro caso la Casa Residenza per Anziani non autosufficienti, (da qui in poi CRA), Centro diurno, (da qui in poi CDA) e Centro Residenziale Disabili (da qui in poi CRD), per il raggiungimento delle proprie finalità, dispongano le loro attività secondo le funzioni della pianificazione strategica. Il principale atto di pianificazione strategica è il piano della formazione strettamente collegato a quello delle performance e sicurezza, oltre che esiti di indicatori di risultato e di audit eseguiti nell'anno.

Il piano formativo dell'Istituto Emilio Biazzi per il 2023 avrà una programmazione snella, in presenza, comunque garante delle attuali normative sulla sicurezza, ma finalmente "allargata" alla rete dei servizi limitrofi, invitando colleghi alle varie famiglie professionali con l'obiettivo di condividere esperienze ed aggiornarci insieme per affrontare con elevata professionalità un futuro sempre più complesso in termini di risorse umane, strutturali, economiche, di target assistenziale, e sfide innovative.

In questo 2023, visti gli esiti delle performance sarà la direzione a decidere le linee formative in base alle proprie esigenze organizzative. Vengono comunque intervistate le responsabilità intermedie che dopo consultazione con i propri colleghi operativi esprimono preferenze sulla pianificazione del presente documento.

2. Obiettivi e principi ispiratori

Il piano formativo seguirà 3 principi ispiratori ed obiettivi:

- Formazione per tutti ma non a pioggia;
- Formazione intesa come strumento che opera nella volontà di coinvolgere, arricchire il sapere e valorizzare il proprio personale, la sua professionalità ed i suoi apporti all'organizzazione attraverso studio come valore primario ed imprescindibile.
- Fare rete con i servizi territoriali

3. La formazione in "rete"

La formazione nel 2023 riconoscerà come tipologia consolidata la modalità residenziale e non su piattaforma perché ritenuta più efficace. Gli eventi saranno svolti in rete attraverso il coinvolgimento di colleghi e professionisti dei servizi limitrofi e dell'Azienda Ausl. Si chiederà per determinati corsi anche l'accreditamento ECM appoggiandosi sull'Azienda Sanitaria Locale in qualità di provider. Entro il termine del febbraio 2023 si realizzerà un "manifesto" informativo e dettagliato dei corsi in programma da divulgare ai "partner progettuali" ed intitolato i seminari "in rete del Biazzi". Come sopra detto la programmazione coinvolgerà colleghi esterni alla nostra

organizzazione, ma terrà necessariamente conto del fabbisogno formativo dell'istituto Biazzì.

I seminari si terranno presso l'ampio salone polivalente al piano R che prima di ogni evento, in accordo con il manutentore verrà sanificato con dispositivo al perossido di idrogeno nebulizzato e le superfici disinfettate con soluzioni alcoliche. Inoltre, prima dell'ingresso verrà rilevata la temperatura corporea ai partecipanti che dovrà essere < ai 37.5°.

Gli operatori avranno l'obbligo perentorio di indossare mascherine FFP2 per tutta la durata del corso e di lavarsi con gel idroalcolico le mani prima e dopo la giornata.

Le fonti prese in esame

Per la stesura di questo Piano formativo si è fatto riferimento alle seguenti fonti documentali:

Piano formativo aziendale anno 2022;

Piano Performance, index, 2022;

Audit interni eseguiti nell'anno 2022;

Esiti indicatori 2022;

D.lgs. 9 Aprile 2008, n. 81, testo unico sulla sicurezza sul lavoro.

Problematiche organizzative ed operative

Il sistema organizzato

Attraverso le riunioni si informerà il personale e si delineano le modalità formative per il 2023.

Come detto la formazione verrà svolta in modalità residenziale. Gli eventi saranno espletati in rete attraverso il coinvolgimento di colleghi e professionisti dei servizi limitrofi e dell'Azienda Ausl.

Verrà richiesto per alcuni momenti formativi di interesse sanitario anche l'accreditamento ECM

Si realizzerà un "manifesto" informativo (brochure) e dettagliato dei corsi in programma da divulgare alla filiera intitolato i seminari "in rete del Biazzì".

La formazione riguarderà:

Competenze inerenti agli ausili per la postura seduta in carrozzina e le soluzioni per la mobilità* - Durata dell'evento in ore: 4 Si richiederà l'accreditamento ECM

L'assistenza narrativa: formazione e concorso - Durata dell'evento in ore: 4

Formazione e laboratorio esperienziale dedicato ai caregiver familiari e professionali di persone anziane affette da demenza senile - Durata dell'evento in ore: 4

Migliorare e mantenere il benessere cutaneo nei momenti dell'igiene personale - Durata dell'evento in ore: 4

Polifarmacologia e contenzione fisica. Due problemi che spesso si incrociano: l'incidente è dietro all'angolo* - Durata dell'evento in ore: 4 (ECM) Si richiederà l'accreditamento ECM

L'innovazione tecnologica nel terzo settore e nelle pubbliche amministrazioni: "ritorno al futuro" - Durata dell'evento in ore: 4

Il lavoro di squadra per un migliore professionalità agita nel setting di cura - Durata dell'evento in ore: 4

La V.M.D: oltre alle nuove scale di valutazione per l'anziano in validazione - Durata dell'evento in ore: 4

La formazione, inoltre, riguarderà anche i seguenti argomenti:

Anticorruzione e Trasparenza - L'etica pubblica - Formazione obbligatoria

Aggiornamenti sulla normativa degli appalti (personale amministrativo)

Aggiornamenti sulla normativa contrattualistica riguardante la gestione del personale (personale amministrativo)

Formazione obbligatoria ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni siglato nel 2011;

Formazione obbligatoria per quanto riguarda normativa e pratica di prevenzione incendi.

Formazione obbligatoria relativa al D.Lgs. 81/2008;

ICA - dalle infezioni al Sars-Cov-2: formazione relativa alla sicurezza, rischio biologico, nel rispetto del testo unico 81.

Formazione obbligatoria in materia di Privacy - Regolamento UE 2016/679

Dalle strategie dell'Istituto alle Linee formative

Dopo una attenta re- interpretazione delle strategie Aziendali citate al capitolo 5 con un lavoro di approfondimento dei bisogni espressi, ai 8 punti/temi sovra elencati daranno vita alle linee della formazione, (LF), lungo le quali si intende sviluppare l'azione. Queste Linee della formazione a loro volta possono essere raggruppate in 3 macro-aree LFA; LFB e LFC.

LFA: Linea formativa rivolta alle necessità di base, conoscenze e competenze atte a garantire le condizioni essenziali per la funzionalità del sistema:

Migliorare e mantenere il benessere cutaneo nei momenti dell'igiene personale

il lavoro di squadra per un migliore professionalità agita nel setting di cura

(ICA – dalle infezioni al Sars-Cov-2: formazione relativa la sicurezza, rischio biologico, nel rispetto del testo unico 81)

LFB: Linea formativa rivolta alle necessità di lavorare in gruppo attraverso integrazione su

prospettive e sfide attuali ma ancora da esplorare per assimilarle.

L'innovazione tecnologica nel terzo settore e nelle pubbliche amministrazioni: "ritorno al futuro"

Formazione e laboratorio esperienziale dedicato ai caregiver familiari e professionali di persone anziane affette da demenza senile

Le risorse finanziarie, umane ed organizzazione

Le risorse finanziarie per l'anno 2023 del Piano Formativo sono state quantificate nella cifra totale di Euro 4.000,00 comprensive di altri percorsi formativi esterni (ECM...).

L'organico dell'area qualità e formazione dell'Istituto "Emilio Biazzi" di Castelvetro Piacentino è composto da 5 persone: il Coordinatore Sociosanitario Responsabile del processo di qualità e formazione continua e cinque referenti coinvolte: 3 RAA, e 1 RAS.

L'area amministrativa è curata dal Direttore.

L'area progettuale è curata dal Coordinatore Responsabile che

- condivide tutto il processo con il top Management (Presidente e Direttore Amministrativo),

 Middle Management (RAA, RAS), e tutto il nucleo operativo;

- tiene sotto controllo l'intero processo formativo;

- elabora programmi annuali di formazione e aggiornamento interno ed esterno, coerenti con gli obiettivi aziendali, indirizzi nazionali, regionali e le risorse economiche finalizzate alla formazione;

- predisporre e divulga il Piano Annuale della attività;

- coordina e supporta i Referenti della Formazione, per una stretta collaborazione e scambio di informazioni utili al monitoraggio e alla verifica degli eventi formativi;

- adotta strumenti di controllo e verifica dei risultati sui processi formativi;

- garantisce la formazione obbligatoria;

- attiva e coordina momenti formativi ECM.

Le risorse strutturali ed ambientali per l'erogazione degli eventi formativi programmati nel Piano Formativo sono identificate negli spazi interni dell'Ente: per questo 2023 esclusivamente l'aula formazione posta al piano R adiacente al salone principale all'ingresso della Struttura.

Inoltre si prevede almeno una uscita esterna di gruppo per Meeting delle Professioni di Cura di Piacenza (aprile); Exposanità di Bologna (maggio); Forum del terzo settore di Bologna (novembre).

I destinatari delle attività formative

I destinatari delle attività formative sono i dipendenti dell'Istituto "Emilio Biazzi" di Castelvetro Piacentino e gli operatori che svolgono la loro attività all'interno del "nostro" Ente.

In questo 2023 inoltre si intende aprire la formazione anche all'esterno verso i colleghi delle altre Strutture, personale Distrettuale adibito alla programmazione e gestione territoriale, personale dell'Azienda UsI di Piacenza, Familiari-Caregiver.

Le professioni sanitarie, inoltre, dovranno conseguire in adempimento alle normative ministeriali i crediti ECM. Ciò non significa siano sostitutivi della formazione in home presso l'Ente CHE RIMANE PER TUTTI OBBLIGATORIA.

In ogni caso, l'AusI di Piacenza, l'OPI e la FNOPI saranno a disposizione per realizzare gratuitamente corsi accreditati e diversificati in risposta ai fabbisogni formativi di ogni singolo professionista sanitario.

I destinatari delle attività formative sono i dipendenti dell'Istituto "Emilio Biazzi" di Castelvetro Piacentino e gli operatori che svolgono la loro attività all'interno dell'Ente.

Le professioni sanitarie, inoltre, dovranno conseguire in adempimento alle normative ministeriali i crediti ECM. L'Ausl di Piacenza, l'OPI e la FNOPI saranno a disposizione per realizzare gratuitamente corsi accreditati e diversificati in risposta ai fabbisogni formativi di ogni singolo professionista sanitario.

5 Sezione 4: Monitoraggio

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni e sottosezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni **“Valore pubblico”** e **“Performance”**, avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto-legislativo 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.

In particolare, per il raggiungimento della strategia, adottata dall'Istituto Emilio Biazzi, rivolta a favorire la creazione del “valore pubblico”, il monitoraggio da parte dell'Ente è realizzato attraverso:

- l'assolvimento del debito informativo nei confronti della committenza e della Regione Emilia Romagna;
- l'adozione degli atti di programmazione e del Bilancio di previsione nella forma prevista dal Regolamento di Contabilità e Amministrazione approvato con R.D 05/02/1881 nr. 99;
- la somministrazione periodica all'utenza di un questionario di indagine per la rilevazione della qualità percepita rispetto ai servizi erogati dall'Istituto Emilio Biazzi;

In relazione alla sezione **“Organizzazione e capitale umano”** il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Con riferimento al monitoraggio della **“Performance”**, con il CID 2019/2021 è stato adottato, d'intesa con le OO.SS, un Sistema di Valutazione e misurazione della Performance Organizzative e Individuale. Il sistema di valutazione è integrato con l'attribuzione degli obiettivi annuali personali e degli obiettivi annuali per i singoli servizi. Gli obiettivi assegnati sono ben definiti, misurabili nella loro realizzazione, con la previsione di tempi di realizzazione. L'Ente, annualmente, predispone e approva, la Relazione sulla performance, in ottemperanza a quanto stabilito dal decreto-legislativo 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.

Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza:

Per quanto concerne il monitoraggio della sottosezione “rischi corruttivi e trasparenza”, lo stesso avviene secondo le indicazioni ANAC. Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette all'Organo di indirizzo (Consiglio Direttivo). La relazione del RPCT viene predisposta su un modello reso disponibile dall'ANAC.

Qualora nel corso dell'anno emergessero elementi di criticità per le quali si ritiene opportuno adottare ulteriori misure di prevenzione, sarà cura dell'Ente provvedere ad un aggiornamento del PTPCT, su proposta del RPCT. In tal modo, si consente agli stakeholder di fornire osservazioni durante tutto l'anno e non solo nel periodo di pubblicazione della proposta del Piano, prima dell'approvazione definitiva, riconoscendo al documento la natura di strumento dinamico e non di mero atto burocratico.