



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
(P.I.A.O.)**

TRIENNIO 2022 – 2024

Indice

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SEZIONE 3

STRUTTURA ORGANIZZATIVA, ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE E
PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

SEZIONE 1**SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

DENOMINAZIONE ASP DELLA ROMAGNA FAENTINA	
SEDE LEGALE FAENZA 48018 (RA) P.ZZA SAN ROCCO 2	
CODICE FISCALE/P.IVA 02517840399	
TELEFONO 0546699511	
E-MAIL info@aspromagnafaentina.it	
PEC aspromagnafaentina@pec.it	
SITO WEB www.aspromagnafaentina.it	
NUMERO DIPENDENTI AL 31.12.2021 n. 59	
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (02.03.2020 - 02.03.2025)	PRESIDENTE E LEGALE RAPPRESENTANTE CAROLI MASSIMO CONSIGLIERI BENEDETTI BENEDETTA PIRAZZINI ORIANO
COMUNI SOCI	COMUNE DI FAENZA (RA) COMUNE DI SOLAROLO (RA) COMUNE DI BRISIGHELLA (RA) COMUNE DI CASOLA VALSENIO (RA) COMUNE DI RIOLO TERME (RA) COMUNE DI CASTEL BOLOGNESE (RA)
REVISORE UNICO	SANTINI CRISTINA

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

La Legge regionale n. 12/2013, nel definire le Aziende di Servizi alla Persona come enti pubblici non economici locali, sottolinea che alle stesse si applicano le norme valevoli per l'organizzazione ed il funzionamento delle P.A. del Dlgs 165/2001 e ss.mm.ii.

L'ASP, perciò, è un ente appartenente alla Pubblica Amministrazione, di diritto pubblico, dotato di personalità giuridica, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria. Non ha fini di lucro e, nel rispetto del pareggio di bilancio gestisce, su mandato dell'Assemblea dei Soci attività, servizi, progetti con l'obiettivo di assicurare interventi a misura e secondo il bisogno della persona.

L'ASP della Romagna Faentina è stata istituita con delibera della Giunta Regione Emilia Romagna n. 54 del 26 gennaio 2015, a seguito dell'unificazione delle due preesistenti ASP distrettuali "Prendersi Cura" e "Solidarietà Insieme", con decorrenza 1 febbraio 2015.

L'ASP della Romagna Faentina è un ente pubblico di servizi alla persona, che storicamente si rivolge ai soggetti più fragili del territorio offrendo assistenza, supporto, cura e vicinanza alle fasce deboli della popolazione. Nel tempo si è venuta a caratterizzare come azienda multi settore e multi servizi, per poter fornire risposte sempre più adeguate, strutturate ed efficaci ai bisogni sociali in continua evoluzione.

Il forte legame con la comunità di riferimento derivante dalla tradizione e dalle relazioni con il tessuto sociale, ne fanno un interlocutore capace di intercettare la fragilità emergente e dare risposte tempestive alle esigenze del territorio grazie alla creazione di una rete di servizi integrati e innovativi, alla flessibilità e rapidità nell'erogazione degli interventi, al valore umano e professionale dei suoi operatori.

Il valore pubblico di ASP va individuato nelle finalità definite dallo Statuto:

L'ASP si configura quale Azienda Multisetore e Multiservizi. Ha come finalità l'organizzazione ed erogazione di servizi sociali, socio- sanitari ed educativi, ed in particolare:

- a) l'assistenza agli anziani e ai soggetti con patologie assimilabili a quelle dell'età senile, e in special modo a coloro che versano in condizioni di disabilità e non autosufficienza fisica e/o psichica;
- b) l'assistenza ad adulti e minori che versano in stato di bisogno sociale e socio-sanitario, incluse le persone con disabilità, per assicurare loro una migliore qualità di vita;
- c) i servizi sociali per l'area della maternità, dell'infanzia, e dell'adolescenza, secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano di zona.

L'ASP, in conformità delle esigenze indicate dalla pianificazione locale e nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei Soci, può gestire e/o sviluppare interventi nei servizi educativi, anche in forma di gestione sperimentale.

L'ASP ispira ed orienta la propria attività al rispetto delle finalità e dei principi indicati nella legge regionale n. 2 del 2003 ed in particolare:

- a) equità di trattamento, rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;

b) adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.

L'ASP riconosce nell'apporto professionale degli operatori un fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona; a tal fine:

- a) promuove la formazione degli operatori come strumento della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi, per favorire l'integrazione professionale e lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale;
- b) favorisce l'apporto ed il coinvolgimento delle rappresentanze collettive del personale e lo sviluppo delle relazioni sindacali, anche attraverso momenti di confronto sugli atti fondamentali di programmazione;
- c) riconosce e sostiene l'apporto del volontariato sociale.

I principi e i valori che ispirano i programmi, le attività degli operatori, i rapporti gli utenti e in generale con i cittadini sono:

Centralità della persona

Gli assistiti quali soggetti di riferimento per tutte le scelte del servizio. Visti come persone con bisogni assistenziali, sanitari, relazionali e affettivi. Visti come cittadini portatori di diritti. Visti come clienti che portano richieste e danno risorse.

Professionalità degli operatori

Gli operatori sanitari e socio assistenziali sono i garanti del benessere dell'anziano e della qualità del servizio. Sono il capitale principale dei nostri servizi. Per tali ragioni sono fondamentali le capacità tecnico-operative e relazionali di ognuno.

I familiari visti come una risorsa

L'alleanza fra i familiari e l'intero servizio è costantemente ricercata sia al momento dell'ingresso sia per la definizione e il raggiungimento di alcuni obiettivi fondamentali per il benessere psico-fisico degli assistiti.

2.2. PERFORMANCE

Il Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) coincide con il Piano Programmatico, strumento di pianificazione aziendale che individua nel triennio di riferimento gli obiettivi strategici che riguardano l'attività complessiva dell'Ente.

Con questa programmazione il Consiglio di Amministrazione dà una prima attuazione delle linee guida definite dall'Assemblea dei Soci, attraverso la individuazione appunto delle strategie e degli obiettivi di gestione.

I macro obiettivi, con la supervisione del direttore, poi vengono ulteriormente dettagliati a cascata nell'assegnazione ai Responsabili di P.O. e agli operatori dei servizi (performance individuale).

Tra i principali impegni di ASP c'è innanzi tutto quello di mantenere e consolidare i servizi tradizionalmente gestiti.

Perdurando l'emergenza Covid – 19, priorità assoluta è la salvaguardia degli utenti, del personale e il mantenimento delle attività gestionali ordinarie attraverso l'applicazione di misure precauzionali in accordo con il RSPP.

Nel corso degli ultimi anni obiettivo primario è garantire la sostenibilità di ASP attraverso interventi correttivi e azioni di efficientamento per un contenimento dei costi.

Negli ultimi cinque anni l'Assemblea dei Soci ha avuto modo di affrontare ripetutamente le criticità analizzate e diagnosticate dal Consiglio di Amministrazione e degli uffici competenti, documentate anche attraverso le risultanze della contabilità analitica per centri di costo e della reportistica nel frattempo introdotte e sviluppate, a partire dalla deliberazione n. 2 del 29.06.2017, e, successivamente, con le deliberazioni n. 5 del 16 maggio 2019, n. 11 del 27 giugno 2019 e n. 12 del 26 settembre 2019, individuando tre linee di intervento attraverso le quali poter perseguire obiettivi di risanamento aziendale.

Le linee di intervento individuate riguardano, in particolare:

- l'adeguamento delle rette dei servizi non accreditati, obiettivamente sbilanciate, anche alla luce dei servizi e prestazioni attualmente inclusi, rispetto ai costi di riferimento regionali ed ai costi applicati nell'ambito territoriale dai gestori privati;
- l'attuazione di interventi di riordino e razionalizzazione dell'assetto dei servizi/dei posti accreditati al momento rimasti in gestione pubblica;
- l'ulteriore intervento a tendere rappresentato dal recupero alla gestione pubblica del servizio accreditato CRA presso la residenza Il Fontanone di Faenza, in grado di garantire un effettivo riequilibrio tra gestione pubblica e gestione privata, in attuazione del principio di pluralismo affermato dalla normativa in materia.

A distanza di anni, soltanto l'obiettivo di riordino dei servizi residenziali accreditati in gestione pubblica ha trovato attuazione, essendo stato approvato dall'Assemblea dei Soci con deliberazione n. 12 del 26 settembre 2019 e potendo giungere a completamento, anche a seguito di rallentamenti determinati dall'emergenza sanitaria, solo a febbraio 2021.

Viceversa il previsto intervento di adeguamento delle rette dei servizi non accreditati, pur ritenute fortemente sbilanciate, ha potuto trovare fino ad oggi un'attuazione parziale, degli effetti economici estremamente modesti, in quanto l'Assemblea dei Soci, con deliberazione n. 1 del 25.02.2021, a modifica e rideterminazione delle rette proposte dal Consiglio di Amministrazione con atto n. 129 del 29.10.2020, ha approvato un sistema mitigato e progressivo di rette relative ai servizi residenziali non accreditati che dovrebbe portare soltanto nel 2023 all'allineamento per tutte le strutture della retta di CRA non accreditata ad euro 80,00 die (euro 72,00 die per la retta di Casa di Riposo, che peraltro beneficia della stessa intensità assistenziale della CRA), valore che resta ben al di sotto del costo di riferimento stimato dalla Regione (la quale sta, tra l'altro, procedendo ad un adeguamento in aumento di un valore che risale al 2013, in grado di garantire la copertura dei costi di gestione).

L'obiettivo a tendere rappresentato dal recupero alla gestione pubblica del servizio accreditato CRA presso la residenza Il Fontanone di Faenza costituiva indubbiamente l'obiettivo più ambizioso, probabilmente l'unico obiettivo strategico in grado di incidere concretamente nel segno del risanamento aziendale.

Purtroppo si tratta di un obiettivo ad oggi irrealizzato. Del resto, fino da quando ha preso corpo ed è stato fatto proprio dall'Assemblea dei Soci, a partire dal 2018, era comunque ben noto che l'assetto dei servizi residenziali accreditati territoriali sarebbe stato immutabile fino al 31.12.2020, per effetto della durata triennale (2015-2017) dei provvedimenti di accreditamento originariamente rilasciati e del successivo rinnovo degli stessi per un'uguale durata triennale (2018-2020) previsto dalla normativa regionale.

Lo stesso assetto dei servizi accreditati è poi rimasto ancora immutato e lo è tuttora, a seguito di provvedimenti di proroga per il biennio 2020/2021 degli originari accreditamenti definitivi, intervenuti per il servizio CRA del Fontanone a seguito di contenzioso avviato dal soggetto gestore e sviluppatosi tra il 2020 ed il 2021, con successive pronunce del TAR e Consiglio di Stato.

In vista della scadenza al 31.12.2022 del provvedimento di proroga da ultimo richiamato, l'Unione della Romagna Faentina, Soggetto Istituzionalmente Competente per il rilascio degli accreditamenti in ambito socio sanitario ha approvato la delibera di Giunta n. 25 del 24.03.2022, "Indirizzo per la ricognizione e la programmazione dei servizi socio sanitari nel territorio dell'Unione della Romagna Faentina da accreditare dal 01.03.2023", avviando il relativo procedimento e dando mandato al Settore Servizi alla Comunità per l'avvio delle istruttorie necessarie per l'affidamento delle gestioni e per il rilascio dei relativi accreditamenti.

Ad oggi, le istruttorie presupposte dalla citata delibera n. 24 della Giunta URF non risultano completate, mentre è intervenuto un ulteriore atto deliberativo sempre della Giunta dell'Unione, n. 117 del 29.09.2022, " Programmazione del fabbisogno dei servizi socio sanitari nel territorio dell'Unione della Romagna Faentina per gli accreditamenti dei servizi socio sanitari dal 01.01.2023", col quale, contestualmente all'approvazione del fabbisogno dei servizi in questione, si sono demandate all'Ufficio di Piano-Settore Servizi alla Comunità le successive istruttorie ed allo stesso Settore Servizi alla Comunità URF, sulla base del documento programmatico approvato con la delibera n. 117 e del Piano di Zona 2022 Distretto di Faenza, il proseguimento della procedura ed il compimento degli adempimenti necessari, anche in funzione della garanzia della partecipazione al procedimento dei soggetti gestori interessati.

La Regione Emilia Romagna, dalla scorsa primavera, ha anticipato l'intenzione di intervenire con un provvedimento specifico per una revisione del sistema di accreditamento, provvedimento che peraltro ad oggi non ha ancora visto la luce, ma che secondo le indicazioni provenienti dai competenti uffici regionali dovrebbe essere adottato in tempi quindi così ravvicinati rispetto alla scadenza del 31.12.2022 da rendere non solo altamente probabile, ma praticamente certa la previsione di una proroga tecnica di una durata adeguata, tale da consentire ai soggetti istituzionalmente competenti la piena attuazione delle nuove norme che dovessero essere introdotte in materia di modalità di affidamento dei servizi accreditati e di rilascio dei provvedimenti di accreditamento.

La gravità della situazione aziendale sul piano della sostenibilità trova un'ulteriore conferma se si considerano i "costi sociali" dei quali ASP si sta facendo carico in modo ormai strutturale ed in misura rilevante a beneficio della collettività.

Ci si riferisce al "bonus Solarolo", relativo alle rette agevolate istituite come misura di riequilibrio territoriale a seguito del riordino dei servizi accreditati. I posti a retta agevolata occupati sono mediamente 12/13 e sappiamo che ogni posto, rispetto alla retta ordinaria attuale di euro 80,00/giorno, costa all'Azienda 11.000 euro/anno. Pertanto, questa misura costa all' ASP euro 137.500/anno (su una media di 12,5 posti).

Ci si riferisce al vigente Contratto di Servizio tra URF e ASP, in forza del quale l'Azienda concorre con risorse proprie a finanziare azioni ed interventi sociali/socio assistenziali per euro 82.000/anno.

Ci si riferisce alla gestione sociale del patrimonio abitativo di proprietà dell'ASP, che determina una differenza tra i nostri canoni e canoni di mercato nella misura complessiva di euro 120.000/anno.

Ci sarebbe poi da fare una valutazione ulteriore rispetto alle rette, applicate come deciso dall'Assemblea dei Soci, con delibera n.1 del 25/02/2021, secondo il criterio di progressione graduale dalla stessa fissato. Il fatto che sia stato deciso così e che si applichino così come è stato deciso, non significa che anche questo sia un costo sociale. Senza considerare i posti residui di Casa di Riposo, oggi tutti a 70,00 euro/giorno, abbiamo posti di CRA non accreditata a Castel Bolognese e Solarolo ad euro 80,00/giorno e a Fognano ad euro 76,00/giorno. Sempre a Solarolo poi, abbiamo i posti di CRA non accreditati c.d. "mini" con retta euro 72,00/giorno, determinata dalla minore qualità degli ambienti, ma non da una minore intensità assistenziale, essendo standard e parametri assistenziali garantiti in misura uguale (e quindi con gli stessi costi) rispetto ai posti con retta ad 80,00 euro/giorno.

Se consideriamo il differenziale tra le nostre rette attuali e rette allineate (almeno) ad un costo di riferimento regionale, pur datato di dieci anni, pari ad euro 85,00/giorno, sul piano delle rette paghiamo un costo sociale di euro 169.725.

Si sta parlando complessivamente di costi sociali per euro 510.000,00/anno.

Ulteriore obiettivo è la valorizzazione e la gestione del patrimonio immobiliare.

La nostra Azienda di Servizi alla Persona ha in affidamento un patrimonio immobiliare consistente e utilizzato per perseguire gli scopi sociali dell'Azienda.

L'impegno dell'Azienda è orientato alla piena valorizzazione dei beni immobili che costituiscono la base per svolgere la propria attività assistenziale e sociale individuando tutte le soluzioni che consentano di realizzare e conservare una buona e adeguata redditività in termini di offerta di servizi e di raccolta di mezzi finanziari.

L'ASP è inoltre comproprietaria per il 33% del capitale sociale della Soc. Agricola Terre di S. Mamante e Oriolo Opere Pie Faenza srl. Le attività principali della Soc. Agricola si sviluppano principalmente nella produzione viticola e nella gestione dell'impianto fotovoltaico da 240 kW. Soddisfacente il risultato economico realizzato da questa Azienda partecipata da ASP, anche in termini di valorizzazione di un territorio come quello di Oriolo e San Mamante.

Sono in programma interventi rivolti ai **"Boschi di Villa Corte" in Comune di Brisighella**, che hanno trovato una importante copertura economica nell'ambito del Piano di Sviluppo Rurale 2014-2020 promosso dalla Regione Emilia Romagna, per le seguenti misure:

- Misura 8 - Operazione 8.3.01 per l'intervento di "Riduzione rischi boschivi all'interno della tenuta "I Boschi di Villa Corte";
- Misura 8 - Operazione 8.5.01 per l'"Intervento per migliorare l'efficienza ecologica e la resilienza degli ecosistemi forestali e finalizzati alla conoscenza ed alla fruizione pubblica del bosco nella tenuta "I Boschi di Villa Corte".

Come prosecuzione naturale al processo di riorganizzazione vi sarà la **riqualificazione della struttura Residenziale di Solarolo "Bennoli"**, volta al recupero di alcuni spazi

attualmente inutilizzati e, soprattutto, ad uniformare gli standard abitativi all'interno dell'immobile, anche nella parte dei cosiddetti mini alloggi, che necessitano di importanti interventi manutentivi, sia impiantistici sia edili. Per tale intervento è previsto nel 2022 l'avvio della progettazione finalizzata all'esecuzione lavori dal 2023.

Nel corso del 2022/2023 saranno avviati inoltre i seguenti interventi:

- Completamento unità immobiliare sita a Faenza in Via Fornarina n. 12;
- Fondi Next Generation EU-PNRR Avviso 1/2022 Missione 5 Comp 2 Sottocomp 1 Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità (Via Cavour 37 Faenza);
- Fondi Next Generation EU-PNRR Avviso 1/2022 Missione 5 Comp 2 Sottocomp 1 Investimento 1.3.1 Housing Temporaneo (Via Roma 44 Brisighella).

2.3 ANTICORRUZIONE

La presente sottosezione è predisposta dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione, quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)

ASP della Romagna Faentina aggiorna annualmente entro la scadenza definita dall'ANAC il Piano Triennale di prevenzione della corruzione con l'obiettivo di fornire una valutazione del grado di esposizione rischi di corruzione, di individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

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

Ai sensi dell'art. 1 comma 9 della Legge 190/12, in particolare, "Il piano di cui al comma 5 risponde alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività per le quali è più elevato il rischio di corruzione, attraverso un modello base per la mappatura dei processi, la valutazione dei rischi di corruzione e la definizione delle conseguenti misure;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

- c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) individuare misure organizzative per monitorare i rispetti dei termini, previsti dalla Legge o dai Regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- e) 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, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- g) definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati a operare nei settori più esposti.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.T.) è, quindi, un documento programmatico che, previa individuazione delle attività dell'Ente nell'ambito delle quali è più elevato il rischio che si verifichino fenomeni corruttivi e di illegalità in genere, definisce le azioni e gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio o, quanto meno, a ridurne il livello. Tale obiettivo viene perseguito mediante l'attuazione delle misure generali ed obbligatorie previste dalla normativa di riferimento e di quelle ulteriori ritenute utili in tal senso.

Soggetti coinvolti

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo di indirizzo titolare del potere di nomina del responsabile della prevenzione della corruzione, dell'adozione iniziale e dei successivi aggiornamenti del P.T.P.Ct.. entro il 31 gennaio di ogni anno o comunque entro la scadenza individuata dall'ANAC

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (R.P.C.) dell'ASP della Romagna Faentina è stato individuato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 3 del 11/01/2018, nella persona di Rivola Antonia, istruttore direttivo titolare di P.O. - area finanziaria

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha i seguenti compiti.

- elaborare la proposta di Piano della Prevenzione che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione, secondo i contenuti indicati nel comma 9 dell'art. 1 della Legge 190/2012, in linea con quanto riportato nel Piano Nazionale Anticorruzione di A.N.A.C;
- proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti a rischio corruzione;

- verificare, d'intesa con i Responsabili di Area/Servizio interessati, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. e) e i relativi percorsi formativi;
- trasmettere annualmente al cda una relazione con i risultati dell'attività svolta e pubblicarla sul sito web dell'Azienda;
- riferire all'organo politico sull'attività svolta nei casi in cui esso lo richieda, o qualora il Responsabile della Prevenzione della Corruzione lo ritenga opportuno e ne faccia richiesta.

Il Responsabile della trasparenza (R.T.) dell'ASP della Romagna Faentina è stato individuato con delibera del consiglio di amministrazione n. 4 del 11/01/2018, nella persona di Pezzi Anna, istruttore direttivo titolare di P.O. – area amministrativa, che, in quanto tale:

- svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33 del 2013, con specifico riferimento alla tempestiva e corretta pubblicazione e aggiornamento di dati e informazioni sul sito web dell'Azienda;
- raccorda la propria attività con quella svolta in funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione;

Responsabili di Posizione Organizzativa nell'ambito dei Servizi di rispettiva competenza:

- partecipano al processo di gestione del rischio
- concorrono alla individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti di settori cui sono preposti;
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti;
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- osservano le misure contenute nel Piano;
- vigilano, per quanto di competenza, sull'applicazione del codice di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini delle segnalazioni per l'attivazione dei conseguenti procedimenti disciplinari.

Il Direttore, tenuto conto che le Asp non hanno obbligo di nomina dell'OIV e in attesa di definire la costituzione di un nucleo di valutazione, svolge i compiti che la normativa demanda ai su citati OIV e/o nucleo di valutazione, con particolare riferimento alle attività di controllo interno.

Tutti i dipendenti dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nel P.T.P.C. e gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- coopera 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", curandone l'aggiornamento, esaminando le segnalazioni di violazione e raccogliendo tutte le condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54 -bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001;
- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);

Il *Data Protection Officer (DPO)*, introdotto dal GDPR, Regolamento Europeo 679/2016, in qualità di consulente tecnico e legale. ASP della Romagna Faentina ha individuato, con atto deliberativo del CdA, nella Società Lepida Spa il proprio DPO con i seguenti compiti:

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

Individuazione delle aree e dei processi a rischio

La principale attività dell'ASP della Romagna Faentina consiste nell'erogazione di servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali nei confronti di persone con diversi gradi di non autosufficienza o disabili, in regime di accreditamento o a libero mercato.

La struttura organizzativa di ASP della Romagna Faentina segue quanto previsto dallo Statuto vigente, approvato con delibera della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 54 del 26.01.2015. L'attività dell'ASP è regolata, fra gli altri documenti di programmazione, dalla convenzione tra i Comuni soci, ovvero i 6 Comuni del Distretto territoriale della Romagna Faentina: Faenza, Solarolo, Castel Bolognese, Riolo Terme, Casola Valsenio e Brisighella, e dal contratto di servizio con l'Unione della Romagna Faentina.

Il P.T.P.C. può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'ASP della Romagna Faentina. Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano, recependo le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

1. mappatura dei del rischio e dei processi attuati dall'amministrazione;
2. valutazione del rischio per ciascun processo;
3. trattamento del rischio

La mappatura del rischio e dei processi

Le aree che comprendono i procedimenti e le attività che la normativa (art. 1, comma 16, L. 190/2012) e il P.N.A. considerano potenzialmente a rischio per tutte le Amministrazioni (c.d. aree di rischio comuni e obbligatorie) sono:

- a) autorizzazione o concessione (assenti nel caso specifico);
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;

- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

L'ASP della Romagna Faentina è un'Azienda che si occupa prioritariamente della gestione di servizi alla persona.

Nello specifico le attività dell'Azienda, la quale svolge le proprie funzioni nell'ambito dei servizi alla persona, che possono presentare un elevato rischio di corruzione sono così sinteticamente riportate:

attività con rischio elevato di corruzione	servizi coinvolti
Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture e gestione contratti	Servizio tecnico patrimonio /provveditorato Area finanziaria
Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare, gestione contratti di locazione e comodato immobili	Servizio tecnico patrimonio Area finanziaria
Manutenzione ordinaria e straordinaria immobili di proprietà	Servizio tecnico patrimonio provveditorato
Predisposizione documenti contabili, bilanci – flussi finanziari e pagamenti	Area finanziaria
Concessione di contributi e facilitazioni ad associazioni diverse per finalità statutarie;	Area finanziaria Area amministrativa Direzione
Selezione di personale, progressioni di carriera del personale dipendente- anagrafe delle prestazioni collaboratori e dipendenti Attivazione collaborazioni e tirocini	Area amministrativa
Procedure connesse al recupero legale crediti Rilevazione morosità	Direttore che si avvale dell'U.O. sportello ASP

Non costituiscono attività con rischio elevato di corruzione quelle che concernono le procedure di accesso a servizi a regime residenziale per le persone anziane non autosufficienti, autosufficienti e semiresidenziali in quanto regolamentate rispettivamente dalla Regione e gestite dall'Ausl, o dalla stessa ASP nella Carta dei servizi.

La identificazione e valutazione del rischio

Nell'ambito di una riorganizzazione dei servizi, in particolare alla revisione della struttura organizzativa, si è predisposta una rilevazione analitica delle attività del personale amministrativo. Per ciascun processo individuato verrà completata nel corso del 2022 la valutazione del rischio, attività suddivisa nei seguenti passaggi: identificazione, analisi, classificazione del rischio con il coinvolgimento diretto dei responsabili per le aree di rispettiva competenza. Si valuterà quindi il livello di rischio per ciascun processo sulla base delle probabilità che si verifichi e saranno individuate le misure di contrasto.

Il rischio è un concetto probabilistico, è la probabilità che accada un certo evento capace di causare un danno, di qualsiasi natura, alle persone. La nozione di rischio implica l'esistenza di una sorgente di pericolo e delle possibilità che essa si trasformi in un danno. La fase di identificazione e valutazione dei rischi corruzione è strettamente collegata alla tipologia di organizzazione e alle attività e procedimenti a essa rimandati. A livello generale, analizzando le macroaree, i rischi correlati possono essere definiti come segue:

Risorse Umane → Rischi collegati ai processi o alle conseguenze del cambiamento organizzativo, al declino della motivazione, alla formazione e alla sicurezza del personale;

Compliance → Rischi relativi alla non conformità alle leggi, alle norme o alle procedure interne;

Reputazione → Rischi relativi al deterioramento dell'immagine della organizzazione, al declino della fiducia da parte degli *stakeholder* esterni;

Finanziario → Rischi collegati alla gestione finanziaria o ai pagamenti (tra cui frodi, furti, conflitti di interessi, fatturazioni false, ecc.);

Contenzioso → Rischi connessi alla produzione di servizi, beni o informazioni che determinano azioni legali nei confronti dell'Ente;

Seguendo le indicazioni del PNA, con specifico riferimento agli indici di rischio indicati e alla lista esemplificativa dell'Allegato 1 del PNA 2019, si sono individuati quindi i possibili rischi.

Seguendo quanto previsto dall'allegato 5 del PNA 2019, in seguito, sono stati poi valutati, per ogni rischio individuato, la probabilità di verificarsi dello stesso e l'impatto che tale verificarsi porterebbe con sé.

Sulla base di tali indicazioni, quindi, il rischio è stato classificato come "ALTO", "MEDIO" o "BASSO".

La definizione di tali livelli di rischio poggia su alcuni elementi fondamentali individuati dal PNA 2019; ovvero, dall'analisi dei c.d. "Fattori abilitanti", quindi tutti quei fattori capaci di condizionare la possibilità del verificarsi di un evento. Un esempio in questo senso potrebbe essere dato dall'inadeguatezza normativa e regolamentare alla base di un procedimento. Un comparto normativo "debole", infatti, potrebbe facilitare il verificarsi di eventi corruttivi. Allo stesso modo possono definirsi fattori abilitanti, il monopolio di potere,

l'eccessiva complessità dei processi, la non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti, l'assenza o carenza di controlli amministrativi, la mancanza di trasparenza dei processi, l'inadeguata o mancata diffusione della cultura della legalità all'interno dell'Azienda o, per finire, la natura e la rilevanza degli interessi coinvolti nel processo.

Fattore abilitante	Indicatore di rischio	Criteri di valutazione	Classificazione
Inadeguatezza della regolazione del processo	Grado di discrezionalità	Rischio ALTO	Il processo è discrezionale, con disciplina generica in legge
		Rischio MEDIO	Il processo è discrezionale, disciplinato dalla legge e da un regolamento o un atto amministrativo generale
		Rischio BASSO	Il processo è vincolato per legge oppure è disciplinato da un atto generale che non lascia alcun margine di valutazione all'operatore
	Grado di chiarezza e di complessità normativa	Rischio ALTO	Il processo è disciplinato da norme poco chiare, farraginose, con fonti di diverso livello (europeo, statale o regionale)
		Rischio MEDIO	Il processo è disciplinato da una pluralità di fonti normative (europee, statali o regionali), per cui è complesso, ma il quadro normativo complessivo è chiaro
		Rischio BASSO	Il processo è disciplinato da norme chiare, di una sola fonte normativa (europea, statale o regionale)
Monopolio di potere	Grado di concentrazione del potere decisionale	Rischio ALTO	Un solo istruttore direttivo e/o il direttore effettua il controllo o l'istruttoria e non sono coinvolti nel controllo, o nell'istruttoria, altri strutture o enti
		Rischio MEDIO	Almeno due istruttori direttivi e/o il direttore effettuano il controllo o l'istruttoria, purchè risulti

			da atti formali, oppure siano coinvolti nel controllo, o nell'istruttoria, altri strutture o enti
		Rischio BASSO	Almeno due istruttori direttivi e/o il direttore effettuano il controllo o l'istruttoria, se risulta da atti formali, e sono coinvolti nel controllo, o nell'istruttoria, altri strutture o enti

Natura e rilevanza degli interessi coinvolti nel processo	Tipologia di utenza/beneficiari	Rischio ALTO	Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti privati
		Rischio MEDIO	Il processo ha come destinatari/beneficiari dei soggetti pubblici o soggetti di diritto privato in controllo pubblico o partecipati a maggioranza da enti pubblici per fini istituzionali
		Rischio BASSO	Il processo ha come destinatari uffici interni
	Ammontare del beneficio, anche indiretto e non economico	Rischio ALTO	Il processo determina direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico, pari o superiore a € 500.000
		Rischio MEDIO	Il processo determina, direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico inferiore a Euro 500.000 e pari o superiore a € 40.000
		Rischio BASSO	Il processo determina, direttamente o indirettamente, un vantaggio o uno svantaggio economico inferiore a € 40.000

Eccessiva complessità del processo	Grado di semplificazione amministrativa	Rischio ALTO	Il processo presenta una complessità che non pare giustificata, con eccessivi oneri
---	---	--------------	---

			burocratici
		Rischio MEDIO	Il processo è complesso, pur senza oneri burocratici sproporzionati
		Rischio BASSO	Il processo non è complesso oppure anche se complesso, senza oneri burocratici sproporzionati, è completamente informatizzato
Assenza o carenza di controlli amministrativi	Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	Rischio ALTO	Il processo è privo di controlli amministrativi, esterni alla struttura che lo gestisce
		Rischio MEDIO	Il processo ha controlli contabili-finanziari e/o, solo periodicamente, controlli amministrativi da parte di altra struttura regionale o di altro ente
		Rischio BASSO	Il processo è sottoposto a controllo da parte di altra struttura regionale o di altro ente
Carenza di trasparenza	Grado di trasparenza del processo	Rischio ALTO	La disciplina normativa del processo non prevede alcuna forma di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e non sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013
		Rischio MEDIO	La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali oppure sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013
		Rischio BASSO	La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013
Inadeguata diffusione	Manifestazione di eventi	Rischio ALTO	Si è verificato almeno

della cultura della legalità	corruttivi in passato negli ultimi 5 anni (Sanzioni disciplinari, condanne oer reati contro la PA, condanne da parte della Corte dei Conti, segnalazioni per fenomeni corruttivi)		uno degli eventi che costituiscono parametro di verifica nel processo in esame
		Rischio MEDIO	Si è verificato almeno uno degli eventi che costituiscono parametro di verifica in un processo della medesima struttura
		Rischio BASSO	Non si è verificato alcuno degli eventi che costituiscono parametro di verifica nella medesima struttura
	Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	Rischio ALTO	Il titolare della struttura competente per il processo non ha attuato misure di prevenzione della corruzione generali o specifiche programmate, per almeno due anni di seguito nell'ultimo triennio, senza giustificazioni condivise dal RPCT
		Rischio MEDIO	Il titolare della struttura competente per il processo non ha attuato misure di prevenzione della corruzione generali o specifiche programmate, in un anno dell'ultimo triennio, senza giustificazioni condivise dal RPCT
		Rischio BASSO	Il titolare della struttura competente per il processo ha attuato, nell'ultimo triennio, tutte le misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche, entro l'anno di programmazione oppure alcune non sono state attuate, per ragioni eccezionali, con condivisione del RPCT
Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti	Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti (partecipazioni a formazione specifica e condivisione	Rischio ALTO	Non sono state tenute riunioni di servizio nell'anno precedente oppure il grado di partecipazione media a

	obiettivi/risultati tramite incontri)		corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è significativamente inferiore (di oltre il 20%) a quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni
		Rischio MEDIO	E' stata tenuta nell'anno precedente almeno una riunione di servizio e il grado di partecipazione media a corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è in linea (pari o non inferiore del 20%) con quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni
		Rischio BASSO	Sono state tenute nell'anno precedente almeno due riunioni di servizio e il grado di partecipazione media a corsi di formazione/aggiornamento del personale della struttura è in linea (pari o non inferiore del 20%) con quello della partecipazione media dei dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento nel corso degli anni

Il trattamento del rischio (misure della prevenzione e contrasto della corruzione)

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo finalizzato a modificare i rischi emersi attraverso l'individuazione di apposite misure di prevenzione e contrasto, volte a neutralizzare o ridurre il rischio.

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.

Le misure possono essere classificate in:

“misure comuni e obbligatorie”: sono misure la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative e debbono, pertanto essere attuate necessariamente nell’amministrazione (in quanto è la stessa normativa a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l’attuazione a livello di singolo ente);

“misure ulteriori”: sono misure aggiuntive eventuali individuate autonomamente da ciascuna amministrazione; diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.

E’ data priorità all’attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori, che devono essere valutate anche in base ai costi stimati, all’impatto sull’organizzazione e al grado di efficacia che si attribuisce alla misura.

L’Azienda adotta le misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione, sostanziandole nelle seguenti azioni:

a. implementazione di un sistema di controlli interni specificamente diretti alla prevenzione e all’emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo.

Nella prospettiva del contrasto alla corruzione, il tema dei controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’Azienda si presenta quale campo d’indagine che percorre “trasversalmente” i settori dell’attività amministrativa ponendosi, da un lato, come filtro preventivo e dall’altro come verifica successiva dell’operato degli stessi.

I controlli interni all’ASP sono ordinati secondo il principio della distinzione tra funzioni di indirizzo e compiti di gestione. L’attività di controllo e di valutazione della gestione operativa è volta ad assicurare il monitoraggio e la verifica costante della realizzazione degli obiettivi e della efficace, efficiente ed economica gestione delle risorse, nonché, in generale, l’imparzialità ed il buon andamento dell’azione amministrativa.

Il sistema di controllo interno deve assicurare, attraverso il controllo di regolarità tecnico-amministrativa, la legittimità e la correttezza dell’azione amministrativa; verificare, attraverso il controllo di gestione, l’efficacia, l’efficienza e l’economicità dell’azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra costi e risultati; valutare l’adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani e dei programmi dell’indirizzo politico; assicurare il controllo degli equilibri finanziari ed economici della gestione.

Al fine della massima trasparenza dell’azione amministrativa, con riferimento alle attività a rischio corruzione, i provvedimenti conclusivi relativi ai procedimenti amministrativi correlati devono essere assunti preferibilmente in forma di atto amministrativo.

- **Rendicontazione a richiesta.** Il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di incrementare il sistema dei controlli, può richiedere a chi ha istruito la pratica e/o adottato il provvedimento finale di poter visionare gli atti adottati e di chiedere informazioni aggiuntive verbali o scritte circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all’adozione del provvedimento.

- **Rendicontazione periodica.** Con cadenza periodica, il responsabile del servizio che gestisce attività con rischio elevato di corruzione, fornisce le informazioni sui processi decisionali, al fine di monitorare il rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti, nonché eventuali legami di parentela o affinità con i contraenti o con gli interessati dei procedimenti.

In dettaglio:

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture

Per ogni procedura di importo superiore a € 40.000,00: cronoprogramma, numero di soggetti invitati, numero di offerte, eventuali legami di parentela o affinità degli offerenti con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare

Per ogni procedura: cronoprogramma, numero di soggetti invitati, numero di offerte, eventuali legami di parentela o affinità degli offerenti con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Concessione di contributi e facilitazioni ad associazioni diverse per finalità statutarie

Per ogni procedura: cronoprogramma, numero di soggetti coinvolti, eventuali legami di parentela o affinità con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Selezione di personale

Per ogni procedura: cronoprogramma, numero di domande ricevute, eventuali legami di parentela o affinità con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Progressioni di carriera del personale dipendente

Per ogni procedura: cronoprogramma, numero di domande ricevute, eventuali legami di parentela o affinità con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Procedure connesse al recupero legale crediti/rilevazione morosità

Per ogni procedura: cronoprogramma, numero dei soggetti coinvolti, ammontare del credito, eventuali legami di parentela o affinità con il personale dell'ufficio preposto, stato della procedura.

Il monitoraggio di eventuali legami di parentela o affinità dei contraenti o comunque delle persone interessate ai procedimenti con il personale dell'ufficio preposto viene effettuato mediante la raccolta di apposite dichiarazioni scritte del personale medesimo.

b. adozione di adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, con particolare riferimento alla formazione delle commissioni di gare d'appalto e concorsi.

Tale misura presenta criticità non trascurabili. Infatti non si può non tenere in considerazione che il personale degli uffici è numericamente limitato e che le singole professionalità hanno specifiche competenze, per cui occorre evitare che un meccanismo di riduzione del rischio possa provocare di fatto una riduzione dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa.

Per raggiungere le finalità che il principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio si pone, quando per motivi oggettivi come sopra evidenziato non è possibile effettuare una vera e propria rotazione, si è introdotta come "buona prassi" la misura alternativa della "conferenza", ovvero il coinvolgimento di più soggetti nel medesimo procedimento allo scopo di gestire in maniera collegiale le attività;

c. adozione di misure che garantiscano il rispetto della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, di cui all'art. 1 comma 51 della legge n. 190, con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato.

A tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing):

Azioni da intraprendere: sono accordate al dipendente che segnala illeciti la tutela dell'anonimato; il divieto di discriminazione e l'esclusione della denuncia dal diritto di accesso fatta esclusione per le ipotesi previste dal comma 2 dell' art. 54 bis. A fini di utilizzo di tale strumento (*whistleblowing*), si rinvia alla determinazione ANAC n. 6 del 28.04.2015 recante «*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)*» da ritenersi integralmente qui recepite.

La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all'attenzione i possibili rischi di illecito o negligenza o *mala gestio* di cui si è venuti a conoscenza. Si sottolinea la necessità che la segnalazione, ovvero la denuncia, sia "in buona fede": la segnalazione è effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione. La tutela dell'anonimato non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla norma si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo che l'amministrazione deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionabili a contesti determinati (es.: indicazioni di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari...). Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non operano nei casi in cui, in virtù di disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, ad es. indagini penali, tributarie, ispezioni.

d. adozione di misure di controllo dell'osservanza da parte dei dipendenti delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (Dpr 62/2013), nonché delle prescrizioni contenute nel presente Piano triennale.

e. avvio delle azioni necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel presente Piano triennale.

f. previsione di verifiche a campione in merito all'osservanza delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (di cui ai commi 49 e 50 della legge n. 190), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'articolo 53 del d. lgs. n. 165 del 2001).

g. verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni.

h. adozione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al responsabile anticorruzione dell'amministrazione e ai funzionari competenti per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione.

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

Normativa di riferimento: articolo 1, commi 5 lett. b), 8, 10 lett. c, 11 della legge 190/2012; art. 7-bis del D.Lgs. 165/2001; D.P.R. 70/2013; Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)

Azioni da intraprendere: il presente Piano individua due livelli di formazione:

- Formazione base: è destinata a tutto il personale e finalizzata ad una sensibilizzazione generale sulle tematiche dell'etica e della legalità e sui contenuti dei codici di comportamento. Ai nuovi assunti o a chi entra nel settore deve essere garantito il livello di formazione base.

Nel 2021 è stata pianificata idonea formazione tecnica specifica destinata ai Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

i. Regolamento per l'applicazione dell'art. 113 L.50/2016. L'ASP ha adottato con delibera n. 165 del 5/11/2019 apposito regolamento per la costituzione e il riparto del fondo incentivi per le funzioni tecniche

l. adozione del Regolamento Selezioni esterne con delibera n. 165 nella seduta del 22 dicembre 2020.

m. - Carta dei servizi – revisione area anziani approvato dall'ASP con delibera oggetto di verbale n. 15 del 30.01.2020

n. elaborazione di una rappresentazione grafica dei processi decisionali a rischio elevato di corruzione per evidenziare le fasi maggiormente a rischio.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, in collaborazione con i responsabili dei servizi, mette a punto in maniera dettagliata la mappatura dei processi relativi alle attività dell'ente, allo scopo di valutare il rischio e individuare precise modalità di trattamento.

o. informatizzazione dei processi

Come evidenziato dal Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), 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.

Attualmente la maggioranza dei procedimenti sono informatizzati e verrà implementata l'archiviazione documentale.

p. azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate mediante il PTCP, il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. A tal fine una prima azione consiste nel diffondere i contenuti del Piano mediante pubblicazione nel sito web istituzionale per la consultazione on-line da parte di soggetti portatori di interessi, sia singoli individui che organismi collettivi ed eventuali loro osservazioni. In particolare, in occasione di nuove assunzioni verrà consegnata copia del presente Piano.

SEZIONE TRASPARENZA

Adempimenti relativi alla trasparenza

A decorrere dal 2017, secondo quanto previsto dal PNA, non si procede più all'adozione del piano della trasparenza. Infatti le misure in materia di trasparenza (pubblicazione, accesso civico in particolare) costituiscono oggetto di un'apposita sezione del PTPC, che quindi viene definito PTPCT.

La trasparenza - che la Legge 190/2012 ribadisce quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m)" rappresenta uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle pubbliche amministrazioni, così come sanciti dall'art. 97 Cost., per favorire il controllo sociale sull'azione amministrativa e per promuovere la diffusione della cultura della legalità e dell'integrità nel settore pubblico.

Gli obblighi di trasparenza sono infatti correlati ai principi e alle norme di comportamento corretto nelle amministrazioni nella misura in cui il loro adempimento è volto alla rilevazione di ipotesi di cattiva gestione e alla loro consequenziale eliminazione.

La trasparenza viene attuata secondo la normativa in materia, rinvenibile nel D. LGS. n. 33/2013, come modificato dal D. LGS. n. 97/2016.

Il decreto dispone che documenti, dati e informazioni siano pubblicati secondo una struttura predefinita, riportata in una tabella allegata al decreto stesso all'interno di un'area dedicata presente nella *home page* del sito istituzionale denominata "Amministrazione trasparente": si tratta di una vera e propria standardizzazione delle modalità con cui le pubbliche amministrazioni devono diffondere le informazioni sulle loro attività. Tale standardizzazione risponde alla finalità di consentire sia alla generalità dei cittadini, sia agli operatori pubblici, di estrapolare dati che permettano loro di effettuare comparazioni e valutazioni sul corretto agire delle pubbliche amministrazioni.

Obiettivo cardine posto alla base del programma triennale è pertanto quello di garantire, in ultimo, un adeguato livello di trasparenza finalizzato a fornire a chiunque il quadro più approfondito e chiaro possibile delle attività che ASP svolge.

Il Responsabile della Trasparenza, verifica che gli adempimenti vengano svolti correttamente nei tempi previsti e che la pubblicazione sia effettuata regolarmente.

In dettaglio:

Il Responsabile della trasparenza ha l'obbligo di:

- predisporre ed aggiornare annualmente il programma triennale della trasparenza che indica le misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi;
- controllare e monitorare gli obblighi di pubblicazione assicurando la completezza, la chiarezza, la correttezza e il rispetto dei tempi di pubblicazione;
- recepire le richieste dei cittadini per ottenere la pubblicazione sul sito istituzionale di documenti, dati e informazioni, come previsto dalla norma vigente nel rispetto dell'art. 5 d.lgs. 33/2013 relativo all'accesso civico;
- segnalare i casi di inadempimento in materia di obbligo di pubblicazione dei documenti/dati/informazioni agli organi disciplinari interni, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, e, altresì, al vertice politico dell'amministrazione e al Nucleo di Controllo Interno dell'Ente.

Azioni da intraprendere:

- maggiore diffusione possibile dell'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.

La sezione "Amministrazione trasparente" è posizionata in modo chiaro e visibile sull'home page del sito istituzionale di APSP e al suo interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti la cui pubblicazione è prevista dalla stessa normativa.

- monitoraggio termini procedimentali

L'amministrazione ha l'obbligo, ex art. 1, comma 9, lett. d) e comma 28 della L. n. 190/2012 e art. 24, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, 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 Titolari di posizione organizzativa delle unità organizzative adempiono agli obblighi di pubblicazione, garantendo il tempestivo e regolare flusso (art 43 c. 3 del d.lgs. 33/2013) dei documenti/dati/informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Assicurano inoltre l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza e la tempestività di pubblicazione delle informazioni e ne garantiscono altresì la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la loro riutilizzabilità.

Si demanda al personale titolare di P.O. la responsabilità del rispetto dei tempi di aggiornamento dei dati previsti dalla normativa vigente, nonché l'obbligo di supportare il Responsabile della trasparenza fornendogli la documentazione necessaria a garantire l'accesso civico (art. 5 d.lgs. n. 33/2013).

Accesso civico

L'accesso civico (art. 5 del d.lgs. 33/2013) è un istituto posto in difesa dell'interesse generale al controllo democratico sull'organizzazione e sull'operato delle pubbliche amministrazioni. È uno strumento connesso alla trasparenza amministrativa, cioè alla

conoscibilità e alla pubblicità dei documenti, delle informazioni e dei dati (ovvero di *contenuti*) che le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare nei propri siti web istituzionali.

Oggetto dell'accesso civico sono quindi esclusivamente i contenuti destinati per legge ad essere diffusi all'esterno della pubblica amministrazione, in quanto riferiti ad aspetti organizzativi, funzionali ed economici della stessa.

Chiunque (persona fisica o giuridica) ha il diritto di accedere a tali contenuti, direttamente ed immediatamente, senza autenticazione o identificazione, senza dover fornire alcuna motivazione e senza costi per l'interessato poiché il controllo pubblico sull'operato delle pubbliche amministrazioni è riconosciuto internazionalmente quale elemento cardine per prevenire la corruzione e l'illegalità. L'accesso civico di cui all'art. 5, comma 1, d.lgs. 33/2013 (documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione), viene esercitato tramite richiesta scritta indirizzata via e-mail, fax o posta al Responsabile della Trasparenza di ASP della Romagna Faentina; e-mail info@aspromagnafaentina.it.

L'accesso civico può avere ad oggetto anche il completamento della pubblicazione di contenuti lacunosi o parziali.

Azione degli stakeholder

E' confermato l'obiettivo dell'ASP di sensibilizzare i cittadini all'utilizzo del sito istituzionale dell'Ente, al fine di sfruttarne tutte le potenzialità.

Risulta fondamentale coinvolgere gli stakeholder ("portatori di interessi") dell'ASP per far emergere, e conseguentemente fare proprie, le esigenze attinenti la trasparenza.

I portatori di interessi di una pubblica amministrazione possono essere definiti come i destinatari ultimi dell'amministrazione stessa, vale a dire il sistema degli attori sociali del proprio contesto di riferimento.

Possiamo distinguere tra portatori di interessi interni, (es. Assemblea dei Soci, risorse umane, delegazione trattante di parte sindacale) e portatori di interessi esterni (es. utenti, familiari, soggetti istituzionali del territorio, fornitori di servizi, organizzazioni di volontariato).

Il sito istituzionale

Il sito istituzionale dell'ASP è strumento strategico rispetto all'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza.

L'Amministrazione si impegna a svilupparne tutte le potenzialità sensibilizzando altresì tutti i cittadini (in particolare gli utenti dei servizi), alla sua consultazione periodica.

L'ASP, in relazione alla sua organizzazione e alle sue ridotte dimensioni territoriali, ha finora optato per un modello di inserimento dati accentrato nella figura del Responsabile per la trasparenza, coadiuvato da due istruttori amministrativi.

I dipendenti individuati sono stati coinvolti in incontri formativi esterni per la corretta gestione del sito, per l'utilizzo delle sue potenzialità e per modalità di inserimento dei dati e in incontri formativi interni aventi ad oggetto sia gli aspetti giuridici relativi all'attuazione del d.lgs. 33/2013, sia gli aspetti pratici e operativi riguardanti l'inserimento dei documenti e dei dati nell'apposita sezione del sito istituzionale.

Alla fine del 2021 si è dato avvio al restyling del sito per renderlo più dinamico e rispondente alle esigenze di ASP, con l'impegno di svilupparne tutte le potenzialità sensibilizzando in particolare gli utenti dei servizi alla consultazione periodica.

Lo sviluppo del sito istituzionale prevede l'attuazione delle seguenti misure:

- Strutturazione completa e puntuale del link "Amministrazione Trasparente", mediante l'inserimento dei contenuti previsti dal decreto trasparenza
- Costante aggiornamento delle altre sezioni del sito attraverso la pubblicazione di notizie ed informazioni utili e modulistica relative ai servizi di ASP.

Rete dei referenti per la trasparenza

Fermo il ruolo di responsabilità dei titolari di P.O. nella gestione dei dati da pubblicare, attesa la consistenza/complessità dei documenti/dati/informazioni oggetto di pubblicazione, il Responsabile della Trasparenza potrà avvalersi del supporto del personale dell'ASP al fine di elaborare le modalità operative affinché la pubblicazione avvenga in modo coordinato ed omogeneo e sia garantito il tempestivo aggiornamento dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente, in coerenza con il presente programma.

Sarà cura del Responsabile della trasparenza predisporre un piano dove siano indicati tutti gli obblighi di pubblicazione, organizzati sulla base delle sezioni dell'area "Amministrazione trasparente" previste dal d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016, individuando i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016.

Sanzioni per la mancata pubblicazione

Il controllo sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei contenuti è demandato alla Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale organismo è dotato di poteri ispettivi nei confronti delle pubbliche amministrazioni, di controllo dell'operato dei Responsabili della Trasparenza e può altresì chiedere all'organismo di valutazione ulteriori informazioni sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 45 d.lgs. 33/2013).

Sono i titolari di P.O. a dover garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili (art. 46 d.lgs. 33/2013).

Il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione sarà articolato in tre autonome e distinte attività:

- nell'ambito dell'attività di monitoraggio del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione con riferimento specifico al rispetto dei tempi procedurali;
- attraverso il costante monitoraggio e, altresì, controlli a campione trimestrali sull'aggiornamento dei dati;
- attraverso il monitoraggio che indirettamente è effettuato tramite il diritto di accesso civico.

SEZIONE 3

STRUTTURA ORGANIZZATIVA, ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE E

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

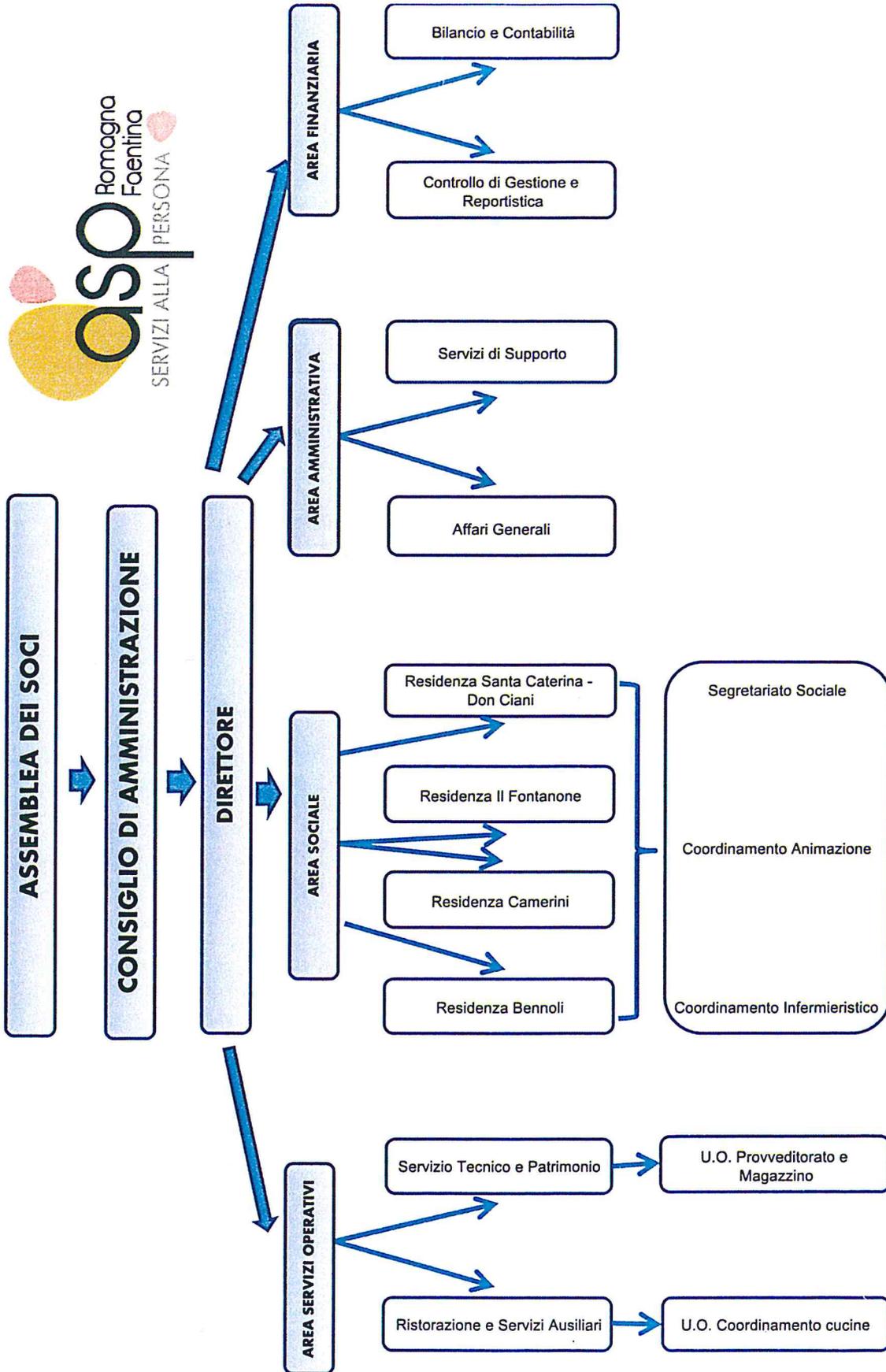
Il modello organizzativo dell'ASP pone all'apice l'Assemblea dei Soci, costituita dai Sindaci dei Comuni soci, che definisce gli indirizzi generali dell'Azienda in base ai quali il Consiglio di Amministrazione, costituito da tre componenti che al suo interno nomina il Presidente e individua le strategie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

La responsabilità della gestione aziendale è affidata al Direttore che, per sovrintendere organizzare e supportare le attività finali dirette alla gestione dei servizi alla persona, si avvale di 4 aree (sociale, amministrativa, finanziaria e servizi operativi) con l'individuazione di figure di coordinamento intermedie che operano su tutte le strutture dell'Azienda (Coordinamento infermieristico, Coordinamento animazione, Segretariato sociale, Coordinamento cucine e U.O. provveditorato e magazzino).

Negli ultimi anni ASP si trova in una situazione di riorganizzazione generale in continua evoluzione per dare risposta alle criticità già in parte evidenziate, cercando nel contempo di contenere i costi in materia di personale.

La struttura organizzativa attualmente si articola in quattro aree: Area finanziaria, Area amministrativa, Area sociale e Area servizi operativi. Il personale dipendente è costituito da operatori addetti all'assistenza in possesso dell'attestato di OSS, da personale infermieristico, da personale responsabile di nucleo, da personale di coordinamento e personale svolgente attività di animazione, da personale che si occupa di attività logistico-tecniche e dal personale che lavora nell'ambito degli uffici amministrativi.

La macro organizzazione dell'ASP è la seguente:



3.2 LAVORO AGILE

Nel corso della pandemia Asp ha sperimentato forme di smart working in favore del personale amministrativo in quanto sono tale tipo di attività è gestibile con forma di lavoro a distanza.

E' intenzione di ASP promuovere tale forma di lavoro, disciplinandola tenendo conto di quanto espresso in materia dal Dipartimento della funzione pubblica e dal CCNL di comparto.

3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

Il Piano Triennale del fabbisogno del Personale da evidenza della capacità assunzionale, della programmazione delle cessazioni dal servizio, della stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, delle strategie di copertura del fabbisogno, delle strategie di formazione del personale, della riqualificazione o potenziamento delle competenze e delle situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

Richiamate le seguenti disposizioni applicabili alle ASP:

- art. 18, comma 2 bis, del D.L. 112/2008, come modificato dal D.L. 24.6.2014 n. 90, convertito con legge n. 11.08.2014 n. 114 e dal D.Lgs. 19.08.2016 n. 175 art. 27 comma 1 lett. b), che recita: *“Le aziende speciali e le istituzioni si attengono al principio di riduzione dei costi del personale, attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni di personale. A tal fine l'ente controllante, con proprio atto di indirizzo, tenuto anche conto delle disposizioni che stabiliscono, a suo carico, divieti o limitazioni alle assunzioni di personale, definisce, per ciascuno dei soggetti di cui al precedente periodo, specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi del personale, tenendo conto del settore in cui ciascun soggetto opera. Le aziende speciali e le istituzioni adottano tali indirizzi con propri provvedimenti e, nel caso del contenimento degli oneri contrattuali, gli stessi vengono recepiti in sede di contrattazione di secondo livello. Le aziende speciali e le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali ed educativi, scolastici e per l'infanzia, culturali e alla persona (ex IPAB) e le farmacie sono escluse dai limiti di cui al precedente periodo, fermo restando l'obbligo di mantenere un livello dei costi del personale coerente rispetto alla quantità di servizi erogati.”*;

si rileva che la normativa sopra citata ha rimosso i vincoli assunzionali introdotti dall'art. 1 comma 557 della Legge 147/2013 *“Legge di stabilità per l'anno 2014”*, e ha definito i limiti delle ASP (ex IPAB) in materia di contenimento delle spese di personale, cui ci si deve attenere nella determinazione del piano del fabbisogno (*mantenere il livello dei costi del personale coerente rispetto alla qualità di servizi erogati*).

L'attività principale dell'ASP riguarda la gestione dei servizi residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili ed è regolata da specifica normativa regionale così suddivisa:

a) in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari dalla DGR 514/2009 e ss.mm.e i. che:

- nell'allegato A individua tra le condizioni necessarie per l'accreditamento, un “modello organizzativo” complessivamente e unitariamente prodotto da un unico “soggetto” (pubblico o privato che esso sia), in modo che venga garantita una responsabilità gestionale unitaria e complessiva, che comprende: la responsabilità dell'intero processo

assistenziale, la disponibilità delle risorse umane e la dipendenza funzionale degli operatori;

- nell'allegato "requisiti specifici accreditamento" individua precisi parametri assistenziali e sanitari, intesi come rapporto tra gli specifici profili professionali e il numero di utenti, variabili in base al grado di disabilità di questi ultimi, che devono essere garantiti nei servizi accreditati, precisando che il personale assistenziale deve essere in possesso della qualifica di Operatore socio sanitario;

b) per la gestione dei servizi residenziali e semi-residenziali non accreditati, dalla DGR 564/2000 (integrata dalla DGR 1423/2015) che definisce i requisiti, anche di personale, necessari per avere l'autorizzazione al funzionamento.

La regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione dei servizi residenziali e semiresidenziali è specificata con contratto di servizio che vede come parti contraenti l'Unione della Romagna Faentina, l'Ausl della Romagna e l'ASP stessa come soggetto gestore, nel quale sono definite le ore assistenziali (OSS), le ore infermieristiche e di fisioterapista che devono essere garantite in base al numero e alla classificazione degli ospiti, aggiornate annualmente sulla base della classificazione degli ospiti.

ASP, inoltre, si occupa di tutte le attività attribuite e disciplinate dal Contratto di Servizio con l'Unione della Romagna Faentina, quali progetti educativi, sostegno disabilità e fragilità, disagio adulti, inclusione sociale, ecc. E' proprietaria di un importante patrimonio immobiliare e rurale al quale dedica interventi di valorizzazione e di gestione.

Nell'elaborazione del fabbisogno del personale oggetto del presente atto e conseguentemente della dotazione organica si è tenuto conto di quelli che sono gli elementi di certezza per l'ASP, della scadenza al 31.12.2022 dei provvedimenti di accreditamento definitivo, in attesa che venga definito il nuovo assetto relativo ai servizi residenziali e semiresidenziali accreditati.

Si è verificato che non sono presenti condizioni di eccedenza o di soprannumero di personale, in quanto nell'elaborazione del piano del fabbisogno del personale si è tenuto conto delle azioni e soluzioni organizzative esperite per la proficua ricollocazione e per il proficuo utilizzo del personale temporaneamente inidoneo alle mansioni di appartenenza o con prescrizioni che ne limitino significativamente l'effettivo esercizio.

Contestualmente alla predisposizione della documentazione di programmazione economico – finanziaria, si procede ad una disamina delle necessità aziendali allo scopo di formulare un piano del fabbisogno del personale che, ottimizzando l'utilizzo delle risorse umane, tenga conto anche della necessità di consolidare e rafforzare i servizi generali amministrativi, sociali e tecnici per assolvere a compiti e funzioni, a garanzia di una maggiore efficacia dell'azione amministrativa e di un adeguato presidio di funzioni ritenute strategiche per la gestione.

Area finanziaria: per la copertura di un posto di ruolo attualmente vacante è prevista, con particolare riferimento al piano assunzioni 2022, l'assunzione di n. 1 Istruttore direttivo amministrativo contabile cat. D tramite mobilità volontaria ex art. 30 Dlgs 165/200. Qualora la mobilità volontaria non andasse a buon fine, si procederà con altra forma di

reclutamento esterno (scorrimento di graduatorie di altri enti pubblici o selezione pubblica). Nel corso del 2023, a seguito di pensionamenti, sono previste le assunzioni di un ulteriore Istruttore Direttivo amm.vo contabile Cat. D e di n. 1 Istruttore Cat. C amm.vo contabile; Area amm.va: per la copertura di un posto di ruolo attualmente vacante è prevista, con particolare riferimento al piano assunzioni 2022, la copertura di n. 1 posto a part time (30h/sett) di Istruttore amm.vo contabile con contratto di formazione lavoro. Nel corso del 2023, a seguito pensionamento, è prevista l'assunzione di n. 1 Istruttore Direttivo amm.vo Cat. D.

Area sociale: come già previsto nel Piano Triennale del Fabbisogno del personale 2021-2023, i posti di AdB Cat. Giuridica B1, resisi vacanti al 31.12.2020 in seguito a dimissioni, dovute soprattutto al fatto che le Ausl locali per l'emergenza COVID – 19 hanno proceduto ad assunzioni da graduatorie nelle quali il personale ASP era utilmente collocato per avere partecipato ai relativi concorsi, si sono trasformati in posti da OSS Cat. giuridica B3 e così si continuerà a fare per quelli che dovessero rendersi vacanti anche successivamente, ritenendo tale inquadramento più consono a quanto previsto in merito ai requisiti specifici di accreditamento.

Nel piano assunzioni 2022 si formalizza l'assunzione di n. 9 OSS, prevista già nel PTFP precedente, che si concretizzerà una volta conclusa la procedura concorsuale in atto. In caso di graduatoria valida, si procederà allo scorrimento della stessa per un'ulteriore assunzione di n. 1 OSS, a copertura di posto resosi vacante.

Nel corso del 2024, a seguito di pensionamento di n. 1 Istruttore sociale Cat. C, è prevista l'assunzione di n. 1 Istruttore sociale cat. C.

Area servizi operativi – Servizio tecnico patrimonio: la copertura del posto di istruttore direttivo Cat. D resosi vacante in seguito a pensionamento, prevista per il 2022 è slittata al 2023 per dare modo di concludere la riorganizzazione dell'intera area comprensiva anche del servizio patrimonio e provveditorato e valutarne le reali necessità.

Occorre anche fare ricorso a forme di contratto flessibile, in prevalenza tramite Agenzia di lavoro in somministrazione per:

- la temporanea copertura dei posti vacanti, nelle more dell'avvio e completamento delle procedure concorsuali e per garantire la sostituzione di assenze prolungate allo scopo di rispettare i parametri assistenziali e sanitari richiesti dalla vigente normativa

- la sperimentale copertura di servizi che sono soggetti a fasi di riorganizzazione o presentano carattere di temporaneità, prevedendo per l'anno 2022 una spesa quantificabile in € 749.260,00;

QUALIFICA	CAT.GIURIDICA	POSTI COPERTI AL 31.12.2021	NOTE	PENSIONAMENTI 2022	PENSIONAMENTI 2023	PENSIONAMENTI 2024	PREVISIONE CESSAZIONI 2022	PIANO ASSUNZIONI 2022	PIANO ASSUNZIONI 2023	PIANO ASSUNZIONI 2024	MODALITA' DI COPERTURA DELLE ASSUNZIONI PROGRAMMATE
DIRETTORE	dirigente	1									
Area amministrativa											
Istruttore direttivo amm.vo	D1	2		1					1		Reclutamento esterno
Istruttore amm.vo contabile	C1	1						1 (part time)			Selezione cfl
Collaboratore amm.vo (Oss con limitazioni)	B3	1									
Area Finanziaria											
Istruttore direttivo amm.vo contabile	D1	1			1			1	1		Reclutamento esterno/mobilità volontaria ex art.30 Dlgs 165/2001
Istruttore amm.contabile	C1	2			1				1		Reclutamento esterno
Area sociale											
Coordinatore Oss	D1 B3	2 6					1	10			Reclutamento esterno procedura concorsuale in corso
Adb	B1	17		1							
Infermieri	C1	9									
Ras	C1	1									
Fisioterapista	C1	2									
Animatore Coll. Aiuto animatore	C1 B3	1 1									
Raa	C1	5				1				1	Reclutamento esterno
Istruttore del sociale	C1	1									
Collaboratore amm.vo	B3	1		1							
Area servizi operativi											
Servizio tecnico patrimonio											
Istruttore	D1	0							1		Reclutamento

direttivo											esterno/scorrimiento di graduatoria di altro ente
Economo	D1	1		1							
Istruttore tecnico	C1	3									
Istruttore amm.vo contabile	C1	1									
Ristorazione e servizi ausiliari											
Coordinatore di cucina	C1	1									
Guardarobiera	B1	1									
TOTALE		61		4	2		1	12	4	1	

QUALIFICA	CAT.GIURIDICA	POSTI COPERTI AL 31.12.2021	TABELLARE PERSONALE IN SERVIZIO	PENSIONAMENTI 2022	ASSUNZIONI fabbisogno 2022	CESSAZIONI	ASSUNZIONI	DOTAZIONE ORGANICA DEFINITIVA	INCREMENTO /DECREMENTO POSTI	INCREMENTO/DECREMENTO COSTI	COSTO TABELLARE PERSONALE IN SERVIZIO (assunzioni /pensionamenti e cessazioni)
DIRETTORE	dirigente	1	45.260,80					1			45.260,80
Area amministrativa											
Istruttore direttivo amm.vo	D1	2	47.960,12	1				2			47.960,12
Istruttore amm.vo cont.	C1	2	44.078,84		1 (part time 30 h/sett)			3	1 (part time 30h/sett)	18.366,18	62.445,02
Collaboratore amm.vo	B3 oss con limitazioni	1	20.652,45					1			20.652,45
Area Finanziaria											
Istruttore direttivo amm.vo - contabile	D1	1	23.980,06		1			2	1	23.980,06	47.960,12
Istruttore amm.contabile	C1	2	44.078,84					2			44.078,84
Area sociale											
Coordinatore	D1	2	47.960,12					2			47.960,12
Oss	B3	6	123.914,70		10	1		15	9	185.872,05	309.786,75
Adb	B1	17	332.127,64	1				16	-1	-19.536,92	312.590,72
Infermieri	C1	9	198.354,78					9			198.354,78
Ras	C1	1	22.039,42					1			22.039,42
FT	C1	2	44.078,84					2			44.078,84
animatore	C1	1	22.039,42					1			22.039,42
Coll. Aiuto animatore	B3	1	20.652,45					1			20.652,45
Raa	C1	5	110.197,10					5			110.197,10
Collaboratore amm.vo	B3	1	20.652,45	1				0	-1	-20.652,45	0
Area servizi operativi											
Servizio tecnico patrimonio											
Istruttore direttivo	D1	0						1	1	23.980,06	23.980,06
Economo	D1	1	23.980,06	1				0	-1	-23.980,06	0
Istruttore	C1	3	66.118,26					3			66.118,26
tecnico											
Istruttore amm.vo contabile	C1	1	22.039,42					1			22.039,42
Ristorazione e servizi ausiliari											
Coordinatore di cucina	C1	1	22.039,42					1			22.039,42
Guardarobiera	B1	1	19.536,92					1			19.536,92
TOTALE		61	1.321.742,11	4	12	1		70	9	188.028,92	1.509.771,03

La formazione

Il Piano della Formazione del personale è il documento programmatico che, tenuto conto dei fabbisogni e degli obiettivi formativi, individua gli interventi formativi da realizzare nel corso dell'anno.

Attraverso la predisposizione del piano formativo si intende, essenzialmente, aggiornare le capacità e le competenze esistenti adeguandole a quelle necessarie a conseguire gli obiettivi programmatici dell'ASP per favorire lo sviluppo organizzativo dell'ASP e l'attuazione dei progetti strategici.

Gli interventi formativi sono mirati alla crescita della qualificazione professionale del personale e a garantire a ciascun dipendente la formazione necessaria all'assolvimento delle funzioni e dei compiti attribuitigli nell'ambito della struttura.

La formazione è quindi l'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane, è un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti, ma contribuisce anche alla motivazione degli operatori con il fine di evitare l'elevato turn over e di prevenire il burn out, soprattutto di quegli operatori più esposti alla sofferenza degli utenti fragili.

Il piano della formazione per l'anno 2022 nasce in un contesto organizzativo in continuo divenire.

Si è completato l'intervento di riordino e razionalizzazione dell'assetto dei servizi/dei posti accreditati attualmente rimasti in gestione pubblica e si stanno studiando azioni significative sia sul fronte della riduzione e razionalizzazione della spesa sia su quello di aumento delle entrate per la gestione dei servizi caratteristici di ASP.

Si è perfezionato il restyling del sito istituzionale allo scopo di renderlo strumento efficace e dinamico per informare sulle molteplici attività dell'ASP, conformandosi agli obblighi di trasparenza, strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle pubbliche amministrazioni.

Si è avviata l'archiviazione documentale, necessario completamento alla protocollazione informatica

Importante, dunque il ruolo da riservare alle politiche del personale che viene espresso attraverso strumenti come il Piano del fabbisogno del personale e il Piano della Formazione, attraverso i quali si sviluppano le linee di indirizzo dell'ASP e le strategie aziendali.

Le linee formative

Le linee formative sono così esemplificate:

- Miglioramento organizzativo e di efficienza dell'Ente
Costruzione di un percorso attraverso il quale individuare azioni di miglioramento nell'uso delle risorse, attraverso un monitoraggio accurato delle attività e dei procedimenti amministrativi e all'individuazione di nuove modalità che consentano una razionalizzazione degli interventi
- Formazione/aggiornamento sui nuovi adempimenti di legge
Strumenti e procedure la cui conoscenza è indispensabile per operare all'interno di un assetto normativo e legislativo in costante mutamento.
- Percorsi formativi in integrazione con l'AUSL su metodologie e strumenti
Esigenza di rafforzare l'integrazione socio-sanitaria attraverso la conoscenza di strumenti e metodologie da mettere in campo, sia da sul fronte sanitario sia sul

fronte del sociale, soprattutto a fronte di casistica di alta complessità che richiede competenze sempre più polivalenti e trasversali

- Formazione di tipo specialistico
Interventi nei vari settori in materie che hanno bisogno di approfondimento più specifico
- Formazione obbligatoria in materia di Dlgs 81/2008
Sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione di base per tutti i dipendenti e formazione specifica annuale per RPP e RSL
- Condivisione delle conoscenze acquisite

Gli obiettivi formativi

- Capacità di assicurare una forza lavoro competente e qualificata attraverso l'acquisizione di competenze tecnico-professionali e competenze di tipo motivazionale e relazionale.
- Dare una risposta immediata e concreta alle esigenze immediate di formazione che possono scaturire da elementi critici
- Rafforzare il lavoro in equipe multi professionali
- Accrescere le competenze necessarie a garantire la sicurezza e il benessere delle persone ospitate in struttura, con particolare riferimento all'emergenza sanitaria in atto
- Aggiornare e potenziare le competenze informatiche
- Incrementare la conoscenza e la comprensione reciproca di tutte le componenti dell'ASP al fine di migliorarne l'interazione, la collaborazione e la condivisione delle priorità
- Diffondere la consapevolezza circa i doveri, i comportamenti e le norme che regolano la correttezza, la privacy e la trasparenza nella gestione delle attività di ASP

Modalità

Le modalità di realizzazione del processo formativo sono la formazione interna o autoformazione svolta da professionalità interne all'ASP per i dipendenti a gruppi o nella loro totalità a seconda dell'argomento oggetto della formazione e la formazione esterna che prevede la partecipazione del singolo ad attività formative esterne quali convegni, giornate di studio, seminari, ecc.

In particolare ASP garantisce una supervisione psicologica ai gruppi di lavoro come supporto alle difficoltà nella gestione di casi problematici o nelle dinamiche di gruppo, attraverso una convenzione con uno psicologo che riveste anche un ruolo importante negli interventi formativi che riguardano acquisizione di competenze di tipo relazionale e motivazionale.

Gli interventi formativi a carattere prevalentemente socio sanitario saranno gestiti in collaborazione con l'AUSL e con il RSPP di ASP in particolare in relazione alle misure di prevenzione e contenimento emergenza COVID 19.

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus COVID-19, ha finora comportato la sospensione dei corsi e le attività formative in aula e in presenza.

Tenendo conto del perdurare della pandemia COVID -19), per quando possibile, sarà privilegiato utilizzo della FAD, strumento peraltro già utilizzato da I.P. e Ft per la formazione ai fini del rilascio dei crediti E.C.M.

Grande rilevanza dovrà essere riconosciuta alla condivisione delle conoscenze acquisite, strumento che garantisce attività formativa estesa a più soggetti, assicurando nel contempo il mantenimento di adeguata presenza in servizio degli operatori e un contenimento dei costi.

I contenuti

La redazione del piano della formazione è preceduta, di norma, dall'analisi dei fabbisogni formativi. Tale azione è ritenuta prioritaria in considerazione del fatto che, all'interno di una struttura complessa nella quale si trovano e si troveranno ad operare persone con esperienze e caratteristiche personali diverse, è fondamentale condividere una chiara visione del lavoro, del proprio ruolo e delle proprie responsabilità.

A cadenza annuale, le coordinatrici di struttura rilevano, attraverso la somministrazione di questionari, quali possono essere le esigenze formative con particolare riferimento alle figure che operano nel sociale.

In dettaglio le tematiche da affrontare sono le seguenti:

area sociale:

- Dgr. 2068: Assistenza e cure palliative
- Cura e gestione di utenza affetta da deterioramento cognitivo
- Interazione con i familiari
- Gestione del burn - out e stress lavorativo
- Motivazione propria e dei collaboratori
- Lavoro di equipe e di gruppo
- Gestione Emergenza COVID – 19 secondo le indicazioni della Regione, dell'ASUL della Romagna e del RSPP di ASP (utilizzo corretto DPI, conoscenza e applicazione di procedure e protocolli)
- Igiene e prevenzione rischio infettivo
- La sicurezza dei pazienti e la gestione dei rischi
- La responsabilità delle strutture socio - sanitarie
- Utilizzo Cartella socio-sanitaria informatizzata CBA
- Utilizzo portale CBA "Personale"
- Tecniche di movimentazione
- Formazione specifica per I.P. e FT ai fini anche dell'acquisizione dei dovuti crediti formativi
- Protezione dalle forme di abuso

area amministrativa, finanziaria e tecnica

- Gestione sito
- Codice degli appalti
- Contabilità economica e analitica
- Archiviazione documentale

Formazione obbligatoria

- Rilascio attestato alimentarista
- Dlgs 81/2008 e s.m.i. formazione di base e formazione specifica per nuovi assunti e aggiornamento periodico per gli altri operatori
- RLS – aggiornamento annuale
- Aggiornamento addetti antincendio alto rischio e formazione di nuovi operatori
- BLS e primo soccorso
- Anticorruzione
- Protezione dati

In relazione al piano della formazione si precisa quanto segue:

- Area sociale

Si cerca di garantire sempre la massima partecipazione degli operatori che svolgono con diverso profilo professionale, sociale, socio sanitario e sanitario, la loro attività lavorativa all'interno della CRA (coordinatrici di struttura, infermieri, Raa, RAS, fisioterapisti, animatori, assistenti di base e operatori sociosanitari), utilizzando strumenti come la formazione interna e la riproposizione dello stesso corso in più edizioni.

Per i profili sanitari vengono poi previsti percorsi formativi più specifici, di norma proposti o concordati con l'AUSL o con il RSPP dell'azienda, quali ad esempio quelli in materia di igiene e prevenzione rischio infettivo o approfondimenti di tematiche che riguardano comunque tutto il personale assegnato all'area socio sanitaria, quali ad esempio la Gestione dell'emergenza COVID – 19.

ASP nella programmazione e gestione dell'attività formativa che coinvolge sia il personale in organico che il personale in somministrazione, si impegna a rispettare le indicazioni relative al debito formativo, quantificato in 12 ore annuali per ciascun OSS impiegato e a garantire adeguata formazione per I.P. e fisioterapisti ai fini dell'acquisizione dei dovuti crediti formativi.

Tenuto conto che nell'anno 2021 il perdurare della pandemia COVID – 19 ha reso prioritario focalizzarsi ed impegnare il personale a disposizione a copertura dei turni per garantire i parametri assistenziali richiesti dalla normativa regionale e che di conseguenza per alcuni operatori non è stato possibile rispettare le indicazioni relative al debito formativo, ASP nel 2022 si impegna a recuperare le ore del debito formativo residuo.

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

Per quanto attiene Il monitoraggio ASP della Romagna Faentina utilizza diversi strumenti. In primo luogo si rileva il monitoraggio con cadenza di norma trimestrale dei risultati di gestione con il quale è possibile verificare l'equilibrio di bilancio.

Il controllo sulla qualità dei servizi erogati viene svolto secondo modalità definite dall'Azienda, anche in funzione della tipologia dei servizi. La customer satisfaction è rilevata e misurata mediante la somministrazione di appositi questionari e con la gestione dei reclami, in linea con quanto richiesto dagli adempimenti dell'accreditamento regionale. Tali strumenti periodicamente vengono revisionati per adeguarli alle modifiche che possono avere interessato i servizi, al fine di ottenere risultati più attendibili e chiari, che possano essere utili nell'adozione di eventuali azioni correttive.

La performance del Direttore viene monitorata e valutata dal Consiglio di Amministrazione, attraverso anche una relazione del Direttore di riscontro in merito agli obiettivi assegnati.

La performance dei responsabili di P.O. viene monitorata e valutata dal Direttore che utilizza apposita scheda prevista nel Regolamento per la graduazione, il conferimento e la revoca delle posizioni organizzative e relativa valutazione

La performance individuale del dipendente viene monitorata costantemente ed è oggetto di confronto con il responsabile dell'area di appartenenza almeno semestralmente, o comunque quando vengano rilevate criticità.

Per la valutazione della performance individuale ASP utilizza una scheda di valutazione annua, consegnata ad ogni dipendente nell'ambito di un incontro annuale dedicato. La metodologia e la procedura sono espresse in dettaglio nell'accordo "Sistema di valutazione"

I risultati del processo di monitoraggio confluiscono nella Relazione sull'andamento della gestione che accompagna annualmente il bilancio consuntivo e che per ASP della Romagna Faentina costituisce la relazione sulla performance.

Monitoraggio prevenzione alla corruzione e trasparenza

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione. Qualora l'organo di indirizzo politico lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta. La relazione viene pubblicata sul sito web istituzionale dell'Ente.

La relazione deve essere redatta nei termini previsti dall'ANAC, utilizzando l'apposito schema predisposto dalla stessa Autorità.