



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2023 – 2025



INDICE

<i>Premessa</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1. Scheda anagrafica dell'ISACC</i>	<i>pag. 4</i>
<i>2. Sezione 2: valore pubblico, performance e anticorruzione</i>	<i>pag. 4 – 68</i>
<i>3. Sezione 3: organizzazione e capitale umano</i>	<i>pag. 69 - 86</i>
<i>4. Monitoraggio</i>	<i>pag. 87</i>

Premessa

Il presente documento si inserisce in un ambito normativo di recente introduzione che origina dal D.L. n. 80 del 09/06/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” convertito con modificazioni dalla L. n. 113 del 06/08/2021, che ha introdotto all'art. 6 un nuovo strumento di programmazione per le amministrazioni pubbliche, denominato Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), quale documento unitario in cui confluiscono i diversi atti di programmazione finora previsti, tra i quali il Piano della Performance, il PTPCT, il Piano triennale dei fabbisogni, il piano per il lavoro agile (POLA), la programmazione dei fabbisogni formativi. Con il PIAO il legislatore ha inteso riordinare il complesso sistema programmatico delle amministrazioni pubbliche, formato da una molteplicità di strumenti di programmazione spesso non dialoganti e forse per alcuni aspetti sovrapposti tra loro, inducendo ogni amministrazione pubblica a sviluppare una logica pianificatoria e un'organicità strategica finalizzate ad intersecare le diverse componenti dell'azione amministrativa rappresentate finora dai singoli documenti di programmazione, ciascuno con un proprio contenuto specifico. Ragionare su un filo conduttore unico, in estrema sintesi: cosa si vuole raggiungere (obiettivi) – con quali vincoli operare (modalità di azione) – con che mezzi (risorse da impiegare), rispetto a queste diverse componenti che sono i tasselli fondanti per realizzare le politiche dell'amministrazione, porta ad enfatizzare un tema fondamentale: il VALORE PUBBLICO generato dalle politiche.

Si tratta quindi di un documento programmatico, di durata triennale, aggiornato annualmente, complesso, sperimentale e di transizione.

In ogni caso, l'ISACC si riserva di modificare e/o integrare il Piano anche a seguito all'emanazione delle specifiche linee guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, e/o eventuali aggiornamenti normativi.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini (ISACC)
Sede	Vicolo Cà Rezzonico, 2 - 36061 - Bassano del Grappa - VI
Ulteriori sedi operative	Sede Villa Serena – Contrà San Giorgio, Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale/P.IVA	00557850245
Sito web	https://www.isacc.it/
PEC	isacc@legalmail.it
Telefono	0424 210 111

2. SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

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

Il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto. Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene generato ma anche come esso si sviluppa nella prospettiva di medio-lungo periodo.

Il presente PIAO è strettamente connesso con la pianificazione strategica dell'Ente, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo.

Gli obiettivi strategici vengono definiti nel Piano della Performance. Essi descrivono gli obiettivi di sviluppo dell'Ente, disegnando e preordinando così il futuro dell'Ente e delineando il Valore Pubblico che si intende creare.

Le azioni previste nel PIAO avranno come obiettivo il miglioramento dei servizi resi agli utenti e agli stakeholder, creando un forte collegamento tra le performance e la creazione di valore pubblico.

2.2 PERFORMANCE

L'ambito programmatico in oggetto è trattato nel Piano della Performance 2023 – 2025. In esso, gli obiettivi sono declinati in obiettivi strategici ed operativi.

Piano della Performance per il triennio 2023 - 2025

Il Piano della Performance, previsto dal D.Lgs. 150/2009 e, da quest'anno, integrato all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), rappresenta un importante documento di programmazione nella vita di un Ente. Esso definisce operativamente gli obiettivi, le attività e gli indicatori di performance. Sulla base di questo piano, viene valutata la performance organizzativa ed individuale e si rinsalda la relazione tra l'I.S.A.C.C. ed il proprio personale.

Il presente Piano della Performance 2023 - 2025, sulla base di quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. si pone l'obiettivo di creare processi e strumenti per ottimizzare la produttività del lavoro pubblico, l'efficienza e la trasparenza dell'Amministrazione stessa. Esso tiene altresì conto dell'evoluzione del quadro normativo sull'anticorruzione e, in particolare, dell'emanazione dei decreti legislativi n. 33 e n. 39 del 2013 e ss.mm.ii- sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza, recependone gli indirizzi adattandoli alle caratteristiche e peculiarità dell'ISACC.

Inoltre, il Piano della Performance mira a concretizzare un'equa flessibilità dell'offerta dei servizi al fine di rispondere al meglio ai crescenti bisogni sociali e sociosanitari a favore degli utenti, garantendo la sostenibilità del sistema per quanto attiene la programmazione economica, finanziaria e lo sviluppo di una politica di investimenti finalizzata alla valorizzazione e all'implementazione del suo patrimonio.

Oltre a ciò, si sottolinea come anche il 2023 si presenta come un anno di ripresa e di sfida per i servizi dell'I.S.A.C.C., reduci da un'attività intensa legata in particolare alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19. È doveroso precisare come le modalità di erogazione dei servizi e i rispettivi operatori coinvolti abbiano dovuto adattarsi alle normative ancora oggi in aggiornamento, fonte di numerosi adempimenti e maggiori oneri. In questo senso, gli indirizzi alla base degli obiettivi programmati sono volti non solo alla crescita, ma anche all'individuazione di soluzioni per la stabilizzazione di misure alternative di gestione legate alla pandemia che, verosimilmente, accompagneranno i flussi operativi e i processi anche per il 2023.

Il Piano della Performance dà evidenza dei contenuti che sono funzionali ad una piena realizzazione delle finalità dell'ISACC ed ad una piena attuazione del principio di trasparenza; esso, infatti, contiene una descrizione della sua identità, un'analisi del contesto interno ed esterno in cui opera, nonché delle azioni per la verifica della coerenza della programmazione economico-finanziaria e di bilancio con il processo e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance e ricomprende, in sintesi:

- gli obiettivi strategici con specifici indicatori proiettati su un orizzonte triennale;
- gli obiettivi operativi assegnati al personale.

Indice

1. Presentazione dell'Ente;
2. Identità:
 - 2.1. L'Ente;
 - 2.2. Mandato istituzionale e Mission;
3. Analisi del Contesto
 - 3.1. Principali stakeholder esterni
 - 3.2. Principali stakeholder interni
4. Piano delle Performance – Introduzione
5. Verifica della coerenza della programmazione economico-finanziaria e di bilancio con il processo e le azioni di miglioramento del ciclo della performance;
6. Individuazione degli Obiettivi Strategici ed operativi

1. Presentazione dell'Ente

L'Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini con sede Bassano del Grappa in Vicolo Cà Rezzonico n. 2, di seguito più brevemente denominato I.S.A.C.C., ha determinato di affidare in appalto la gestione diretta di alcuni nuclei della struttura mediante l'erogazione dei servizi di assistenza socio sanitaria e infermieristica di tipo residenziale ivi richiesti. Tale modalità risponde all'esigenza di stabilire un rapporto diretto con il soggetto affidatario del servizio consentendo di rispondere in modo tempestivo e puntuale alle esigenze degli utenti dell'I.S.A.C.C., agevolando, nel contempo, il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi quali: garantire agli Ospiti un buon livello di assistenza tutelare, di confort assistenziale e sanitario.

L'ISACC si compone di due residenze entrambe situate a Bassano del Grappa (VI):

- la sede Pazzaglia-Basso-Sturm si trova a in Vicolo Cà Rezzonico n. 2
- la sede Villa Serena si trova in Via S. Giorgio n. 86.

La residenza Pazzaglia-Basso-Sturm è composta da 4 nuclei per un totale di 156 posti letto complessivi (tra cui 8 posti letto per persone in Stato Vegetativo Permanente (SVP) e 2 per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

La residenza di Villa Serena è composta da 7 nuclei per un totale di 283 posti letto (tra cui uno con 40 posti letti dedicati a persone affette da demenza).

2. Identità

2.1. L'Ente

Per l'esercizio delle succitate attività, in conformità alle vigenti normative in materia, l'I.S.A.C.C. è in possesso:

a) per la sede "**Pazzaglia-Basso-Sturm**": dell'autorizzazione all'esercizio per attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali (ai sensi della L.R. 16/08/2002 n. 22 e delle DGR n. 2501/2004, DGR n. 84/2007 e DGR n. 2067/2007), per **171 posti** (di cui **108** posti letto per persone anziane non autosufficienti di ridotto-minimo bisogno assistenziale, **55** posti letto per persone anziane non autosufficienti di maggior bisogno assistenziale e **8** posti letto per Stati Vegetativi Permanenti), rilasciata con decreto dirigenziale n. 33 del 14/02/2020.

b) per la sede "**Villa Serena**": dell'autorizzazione all'esercizio per attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali (ai sensi della L.R. 16/08/2002 n. 22 e delle DGR n. 2501/2004, DGR n. 84/2007 e DGR n. 2067/2007), per **283 posti** (di cui **235** posti letto per persone anziane non autosufficienti di ridotto-minimo bisogno assistenziale, **48** posti letto per persone anziane non autosufficienti di maggior bisogno assistenziale) rilasciata con decreto dirigenziale n. 33 del 14/02/2020.

2.2. Mandato istituzionale e Mission

L'I.S.A.C.C. di Bassano del Grappa assicura le attività di progettazione ed erogazione di servizi assistenziali socio-sanitari in forma residenziale ad ospiti sia autosufficienti che non autosufficienti e persone con gravi bisogni assistenziali.

La "Mission" dell'ISACC consiste nell'offrire servizi qualificati e continuativi che garantiscono una qualità di vita il più elevata possibile, rispettando la loro individualità, dignità e riservatezza, considerando i peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali, promuovendo l'autonomia funzionale, l'inserimento sociale e comunitario e riducendo, per quanto possibile, gli stati di disagio, traducendo il concetto globale alla salute, in stretta collaborazione con i servizi territoriali e la famiglia. Di conseguenza è volontà dell'I.S.A.C.C. creare benessere, restituire tranquillità e migliorare la qualità della vita. Nell'erogare questi servizi, viene prestata particolare attenzione alla formazione del personale

e alla comunicazione con l'utenza. Questo permette di rendere il Centro Residenziale una "Risorsa" inserita nella rete dei servizi del territorio in quanto particolarmente efficace/efficiente nel rispondere ai bisogni degli ospiti.

Gli obiettivi principali dell'I.S.A.C.C. possono essere così riassunti:

1. affermare il ruolo sociale dell'individuo anziano anche se collocato all'interno di un servizio residenziale (rimotivazione alla "voglia di vivere" dell'anziano);
2. definire e aggiornare, sulla base di valutazioni multiprofessionali, progetti di interventi personalizzati, individuali e/o di gruppo;
3. perseguire livelli di salute ottimali, nell'ottica dell'approccio multidimensionale alla persona, conservando, ripristinando o sviluppando le capacità funzionali residue dell'anziano;
4. garantire all'utente un'assistenza qualificata con interventi personalizzati, effettuando una formazione continua del personale al fine di sostenere la motivazione e rivalutarne la preparazione professionale, in ragione del fatto che gli interventi di tutte le figure professionali sono finalizzati al soddisfacimento dei bisogni della persona anziana;
5. acquisire credibilità della struttura nei confronti degli operatori, del volontariato, dei familiari e della comunità locale;
6. lavorare con serenità e disponibilità per formare una squadra sinergica;
7. sviluppare una cultura "aziendale" e un linguaggio comune.

3. Analisi del Contesto

3.1. Principali stakeholder esterni

Regione Veneto:

Gli obiettivi del Piano della Performance devono necessariamente inserirsi nel contesto regionale nel quale l'I.S.A.C.C. opera sia in relazione con la ripresa della via della programmazione attraverso l'impostazione del Piano Socio Sanitario Regionale, da cui dipendono gli assetti dei servizi, ivi compresa la determinazione dei posti letto attribuiti, sia per la prevista legge di riforma delle IPAB. La Regione Veneto si pone perciò come punto di riferimento per l'I.S.A.C.C.

Azienda Ulss n. 7 Pedemontana

L'ULSS è il soggetto attuatore della programmazione socio-sanitaria e sanitaria regionale, di conseguenza l'attività centrale dell'I.S.A.C.C. ha come soggetto interlocutore l'ULSS stessa, ed è con tale soggetto che infatti l'Ente si convenziona per l'assistenza sanitaria ai propri residenti.

Comune di Bassano del Grappa

L'I.S.A.C.C. rappresenta una "risorsa" inserita nella rete dei servizi del territorio. Esso è un ente pubblico, la cui espressione politica è data dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente che viene nominato dal Sindaco del Comune di Bassano del Grappa.

3.2. Principali stakeholder interni

Residenti e familiari

I servizi offerti dall'I.S.A.C.C., si rivolgono a tutti coloro che, a causa delle condizioni psico-fisiche o sociali in cui si trovano, non possono essere adeguatamente assistiti al domicilio. In ogni caso l'apporto familiare è fondamentale per promuovere il benessere stesso dei residenti, di conseguenza l'I.S.A.C.C.,

in tema di rappresentanza degli utenti, ha sostenuto e continua a sostenere la costituzione, le attività e le iniziative del Comitato Ospiti.

Dipendenti e organizzazioni sindacali

È quanto mai importante perseguire un dialogo costruttivo nei confronti di dipendenti e organizzazioni sindacali, nella consapevolezza che le risorse umane rappresentano l'asset principale dell'Ente.

Volontariato

Il volontariato si pone all'interno dell'Ente come risorsa strategica e fondamentale, le strutture non sono infatti destinate solamente ad essere uno strumento del servizio sanitario, ma sono luoghi di vita. La presenza dei volontari consente quindi all'I.S.A.C.C. di garantire agli ospiti calore umano, dialogo e un aiuto concreto contro la solitudine.

4. Piano delle Performance - Introduzione

Il D. Lgs.150/2009, così come modificato e integrato dal D. Lgs. 74/2017, si pone l'obiettivo di creare i processi e gli strumenti per ottimizzare la produttività del lavoro pubblico, l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni. In particolare, con il Titolo II "Misurazione, Valutazione e Trasparenza della Performance", il legislatore disciplina il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti, al fine di assicurare elevati standard qualitativi e economici dei servizi tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

Sul fronte più specifico dell'incentivazione della produttività e del miglioramento dei servizi (attraverso la corresponsione di compensi correlati al merito e all'impegno di gruppo e/o individuale, in modo selettivo e secondo i risultati accertati dal sistema permanente di valutazione), il riferimento sono gli art. 67 e 68 del CCNL Funzioni Locali 2016-2018.

Con il "Piano della Performance" le linee di indirizzo e gli obiettivi strategici smettono di essere mere dichiarazioni di principio, sostanzialmente generiche ed astratte, per diventare una traduzione in concreto di obiettivi, azioni e risultati operativi; esso deve promuovere lo sviluppo di un processo di miglioramento continuo, pertanto gli obiettivi inseriti nel Piano della performance devono prevedere un miglioramento qualitativo/quantitativo dei servizi e delle prestazioni erogate dall'ente.

Dal conseguimento dei predetti obiettivi deve scaturire un concreto vantaggio e utilità per l'amministrazione (reso possibile grazie all'apporto e alle prestazioni dei dipendenti) e solo questo legittima l'erogazione economica di incentivi e premi al personale.

Gli obiettivi assegnati riguardano:

- A) la "performance organizzativa"
- B) la "performance individuale".

A) LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La "performance organizzativa" è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi individuati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli altri portatori di interesse. Essa fa riferimento anche alla qualità e alla quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

La misurazione e la valutazione della prestazione organizzativa avvengono attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori a rilevanza interna ed esterna riferiti ai profili di risultato dell'efficacia e dell'efficienza.

B) LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

• **MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE DEI DIRIGENTI E DEI RESPONSABILI DI UNITÀ ORGANIZZATIVA:** è attuata in riferimento ai seguenti indicatori:

- indicatori di performance relativi all'unità organizzativa di diretta responsabilità, sia per la routine organizzativa che per specifiche progettualità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura e competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata tramite una significativa differenziazione delle valutazioni.

• **MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL PERSONALE ASSEGNATO AI SERVIZI:** è collegata a:

- Raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- Qualità del contributo assicurato alla performance dell'intera unità organizzativa di appartenenza;
- Competenze dimostrate e a comportamenti professionali e organizzativi.

È necessario che la valutazione delle prestazioni dei dipendenti aiuti a mettere a fuoco non solo le formali mansioni, compiti e responsabilità dei dipendenti, staticamente considerati, ma anche il dinamico svolgimento dell'attività del dipendente all'interno dell'organizzazione e quindi, la posizione professionale e il ruolo attivo che il dipendente assume rispetto all'organizzazione, in merito alla realizzazione degli obiettivi perseguiti e la sua responsabilizzazione.

5. Verifica della coerenza della programmazione economico-finanziaria e di bilancio con il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo della Performance

Le eventuali ri-modulazioni degli obiettivi assegnati con il presente Piano delle Performance potranno essere proposte nell'ipotesi della insorgenza di specifiche cause oggettive, quali:

- il mutato indirizzo politico - amministrativo;
- significative variazioni delle disponibilità economico - finanziarie;
- l'entrata in vigore di provvedimenti normativi e di atti organizzativi che comportino l'assegnazione di ulteriori obiettivi o la modifica di quelli già definiti;
- variazioni rilevanti della domanda di servizi da parte degli utenti dei servizi, nonché di altre variabili comunque riferibili al contesto esterno dell'Amministrazione;
- il riscontro di scostamenti tra i risultati parziali effettivamente conseguiti e quelli attesi, tali da compromettere il raggiungimento della iniziale programmazione.

Le proposte di ri-pianificazione saranno avanzate su iniziativa dei Responsabili delle diverse aree, con il coordinamento della Direzione e la collaborazione del Nucleo di Valutazione; le stesse, quindi, saranno sottoposte all'approvazione politico-amministrativa del Consiglio di Amministrazione entro il primo semestre di ciascun anno di riferimento.

6. Individuazione degli Obiettivi Strategici ed operativi

Com'è specificato nella delibera Civit n.112/2010 l'Albero della Performance è "la mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano a loro volta obiettivi operativi, azioni e risorse) [...]; tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione".

Di seguito sono quindi riportati gli Obiettivi strategici trasversali previsti dal Piano della Performance ed il loro sviluppo da realizzare nel corso del triennio di riferimento, nel dettaglio esplicitati nelle singole "Schede" di seguito riportate:

1. Gestione post-emergenza Covid-19: fase di transizione (obiettivo strategico trasversale annuale);
2. miglioramento dei servizi;
3. sviluppo organizzativo.



L'Amministrazione ha individuato per l'anno 2023 il seguente obiettivo strategico per l'Ente, con applicazioni "trasversali" tra le varie aree:

1. "GESTIONE POST EMERGENZA COVID: FASE DI TRANSIZIONE"

Descrizione:

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un'intensa attività legata in particolare alla gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19; di conseguenza, l'ISACC ha dovuto adattare le modalità di erogazione dei servizi alle varie normative che si sono susseguite nel tempo, ancora oggi in fase di aggiornamento, fonte di numerosi adempimenti e maggiori oneri. Pertanto, è fondamentale ottenere e

garantire condizioni di lavoro tali da tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori e dei residenti, identificare e gestire tempestivamente i casi di infezione e continuare ad assicurare gli standard assistenziali e sanitari anche nell'attuale "fase di transizione".

Pertanto, a fronte di una situazione di assoluta novità, e della necessità di garantire l'osservanza di protocolli e misure di tutela della salute individuale e collettiva, l'erogazione dei servizi ha richiesto e tuttora richiede flessibilità organizzativa che si esplica nei singoli settori di attività con modulazioni differenziate e conformi ai bisogni e alle necessità di intervento rilevate.

La riorganizzazione delle modalità di gestione ed erogazione dei servizi implica ancora oggi un maggiore impegno nel coordinamento tra le Aree e le figure presenti.

Destinatari:

Utenti, residenti, familiari, vari stakeholder

Obiettivo operativo:

Garantire, in una situazione post-emergenziale ed in presenza di uno scenario operativo e normativo assai mutevole, l'erogazione costante e adeguata dei servizi

Personale dipendente coinvolto:

personale dipendente I.S.A.C.C.

Tempi di realizzazione:

anno 2023

Indicatori:

- Verifica applicazione protocolli/linee guida fornite
- N° e descrizione servizi riorganizzati ed erogati in relazione all'emergenza

Metodo di rilevamento:

- Report dei Responsabili dei Servizi/Aree

**OBIETTIVO OPERATIVO N. 1 DEL PIANO
DELLE PERFORMANCE TRIENNIO 2023 -
2025**

ISACC		
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	
Servizi erogati	Garantire, in una situazione post - emergenziale ed in presenza di uno scenario operativo e normativo assai mutevole, l'erogazione costante e adeguata dei servizi	
tipologia di obiettivo	Responsabile del progetto: Coordinatori	Descrizione
di miglioramento	PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	Applicazione linee guida approvate e indicazioni fornite delle Autorità sanitarie competenti, erogazione costante ed adeguata dei servizi
di mantenimento/consolidamento		
di potenziamento		
individuale		
organizzativo		
innovativo		
funzionale		

ATTIVITÀ	PESO	Pianificazione			Indicatore di performance
		2023	2024	2025	
Verifica applicazione protocolli/linee guida fornite	50%	x			Fatto/No n fatto - Presentazion e di una relazione da parte del Responsabile del Servizio/Are a
N° e descrizione servizi riorganizzati ed erogati in relazione all'emergenza	50 %	x			Relazione semestrale sull'andamento del raggiungimento dell'obiettivo da parte del Responsabile del Servizio/Area

Sono stati inoltre individuati per il triennio 2023 – 2025 i seguenti obiettivi strategici per l'Ente:

2. “MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI”

Descrizione:

I servizi erogati dall’I.S.A.C.C., legati all’ambito socio-sanitario, rappresentano la vera e propria gestione caratteristica che definisce in via primaria l’identità dell’Ente, tuttavia, i miglioramenti dei processi organizzativi, comuni alle varie Aree possono garantire una migliore qualità dei servizi offerti all’utenza e perciò un maggior livello di soddisfazione.

È necessario quindi realizzare un miglioramento del livello di soddisfazione del residente/familiare, dei vari stakeholder e del servizio erogato in concomitanza con un miglioramento e uno sviluppo di processi efficaci.

Destinatari:

Utenti, residenti, familiari, vari stakeholder

Obiettivo operativo:

Garantire la migliore qualità possibile all’utenza, rendere più appetibile il servizio, gestire il rischio clinico

Personale dipendente coinvolto:

Personale dipendente ISACC

Tempi di realizzazione: anni 2023 - 2025

Indicatori:

- Gradimento dei familiari e dei residenti rispetto al servizio reso desumibile dal questionario di gradimento
- Numero ringraziamenti, comunicazioni positive relative al servizio erogato
- Riduzione del 10% saldo ore a recupero personale dipendente

Metodo di rilevamento:

- Relazione sull’elaborazione dei questionari
- Relazione da parte dei Coordinatori Area Socio Assistenziale, del Coordinatore Assistenti Sociali e dell’URP che evidenzia il numero dei ringraziamenti, comunicazioni positive pervenute rispetto al servizio erogato

**OBIETTIVO OPERATIVO N. 2 DEL PIANO DELLE
PERFORMANCE DEL TRIENNIO 2023 - 2025**

ISACC					
AREA STRATEGICA			OBIETTIVO STRATEGICO		
Miglioramento della qualità dei Servizi erogati			Miglioramento del livello di soddisfazione del residente/familiare, dei vari stakeholder e del servizio erogato		
tipologia di obiettivo			Responsabile del progetto: Coordinatori	Descrizione	
di miglioramento		X	PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	Rendere più appetibile il servizio offerto attraverso un miglioramento generale della soddisfazione/qualità	
di mantenimento/consolidamento					
di potenziamento		X			
individuale					
organizzativo		X			
innovativo					
funzionale					
ATTIVITÀ	PESO	Pianificazione			Indicatore di performance
		2023	2024	2025	
Gradimento dei familiari e degli ospiti rispetto al servizio reso desumibile dal questionario di gradimento	33%	x	x	x	Relazione sull'elaborazione dei questionari: gradimento non inferiore a 7
Numero ringraziamenti, comunicazioni positive relative al servizio erogato	33 %	x	x	x	Relazione da parte dei Coordinatori Area Socio Assistenziale, del Coordinatore Assistenti Sociali e dell'URP che evidenzia il numero dei ringraziamenti, comunicazioni positive pervenute rispetto al servizio erogato: n. ringraziamenti >10 – obiettivo raggiunto 5 < n. ringraziamenti < 10 – obiettivo appena sufficiente n. ringraziamenti < 5 - obiettivo non raggiunto
Riduzione del 10% saldo ore a recupero personale dipendente	33%	x	x	x	Relazione da parte del Responsabile Ufficio Risorse Umane

3. “SVILUPPO ORGANIZZATIVO”

Descrizione:

Affinché vi sia un miglioramento dei servizi è quanto mai fondamentale attuare un miglioramento organizzativo che si fonda sullo sviluppo delle competenze interne, in modo che i dipendenti possano aumentare il loro livello di prontezza ai cambiamenti, resilienza, motivazione e produttività. Inoltre, in modo che sia garantito il buon andamento dell'organizzazione è quanto mai importante che i dipendenti rispettino il Codice di Comportamento approvato e quanto prescritto dal CCNL Comparto Funzioni Locali in merito ai tempi di lavoro (sosta intermedia e pausa).

Destinatari:

Utenti, residenti, familiari, vari stakeholder

Obiettivo operativo:

Garantire flussi operativi e processi efficaci

Personale dipendente coinvolto:

Personale dipendente ISACC

Tempi di realizzazione: anni 2023 - 2025

Indicatori:

- Competenze tecniche e professionali
- Responsabilizzazione
- Capacità relazionali e di crescita professionale
- Rapporti con ospiti/familiari/vari stakeholder
- Rispetto Codice di Comportamento
- Rispetto tempi di lavoro (sosta intermedia, pausa e tempi di vestizione)

Metodo di rilevamento:

- Scheda di valutazione individuale
- Relazione da parte dei Coordinatori / Responsabili del Servizio relativamente al rispetto del Codice di Comportamento
- Relazione da parte dei Coordinatori in merito al rispetto dei tempi di lavoro previsti

**OBIETTIVO OPERATIVO N. 3 DEL PIANO DELLE
PERFORMANCE DEL TRIENNIO 2023 - 2025**

ISACC			
AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO	
Sviluppo organizzativo		Garantire flussi operativi e processi efficaci	
tipologia di obiettivo		Responsabile del progetto: Coordinatori/Responsabili del Servizio	Descrizione
di miglioramento	X	PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	sviluppo delle competenze interne, in modo che i dipendenti possano aumentare il loro livello di prontezza ai cambiamenti, resilienza, motivazione e produttività
di mantenimento/consolidamento			
di potenziamento	X		
individuale	X		
organizzativo			
innovativo			
funzionale			

ATTIVITÀ	PESO	Pianificazione			Indicatore di performance
		2023	2024	2025	
Scheda di valutazione individuale	60%	x	x	x	<ul style="list-style-type: none"> - Competenze tecniche e professionali - Responsabilizzazione - Capacità relazionali e di crescita professionale - Rapporti con ospiti/familiari/vari stakeholder
Rispetto Codice di Comportamento	20%	x	x	x	Relazione da parte dei Coordinatori / Responsabili del Servizio relativamente al rispetto del Codice di Comportamento
Rispetto tempi di lavoro (sosta intermedia, pausa e tempi di vestizione)	20%	x	x	x	Relazione da parte dei Coordinatori in merito al rispetto dei tempi di lavoro previsti

La valutazione individuale si concentra su quattro grandi aree:

- 1) **COMPETENZE TECNICHE E PROFESSIONALI:** con questo fattore si vuole evidenziare:
 - L'abilità nello svolgimento pratico e tecnico (per l'Area Socio-Assistenziale) o teorico-pratico (per l'Area Amministrativa) delle proprie mansioni;
 - La capacità di rispettare le scadenze e gli adempimenti/attività previste;
 - La capacità di organizzare il proprio lavoro e di programmare le attività;
 - La capacità di cogliere e valutare le criticità tipiche della propria Area (es. bisogni e condizioni degli ospiti per l'Area socio-assistenziale o rispetto scadenze per l'Area Amministrativa) e di proporre soluzioni.
- 2) **RESPONSABILIZZAZIONE:** con tale fattore si evidenzia l'importanza della responsabilità della posizione professionale considerata, basandosi sul principio per cui prevenire è meglio che correggere e si declina in:
 - Dimostrare attenzione alle consegne/alle pratiche affidate, precisione e continuità anche nei passaggi di informazione;
 - Capacità di utilizzare l'ambiente, le attrezzature e i materiali in modo corretto;
 - Tempestività nell'applicazione delle procedure/linee guida/regolamenti approvati;
 - Capacità di affrontare le situazioni in maniera flessibile e di prendere in considerazione soluzioni e alternative praticabili.
- 3) **CAPACITÀ RELAZIONALI E DI CRESCITA PROFESSIONALE:** questo fattore fa emergere quanto sia fondamentale mantenere un adeguato, corretto e sano livello di relazioni al fine di garantire elevati standard nel servizio erogato e quanto sia necessario partecipare alle varie proposte formative con l'obiettivo di crescere professionalmente, e si declina in:
 - Capacità di collaborare nel rispetto dei ruoli, predisposizione ad evitare i conflitti, volontà di ascoltare gli altri;
 - Partecipazione alle attività formative proposte e applicazione di quanto appreso;
 - Capacità di accettare indicazioni, suggerimenti e critiche da parte dei propri superiori e/o colleghi;
 - Disponibilità ad accettare i cambiamenti e le innovazioni.
- 4) **RAPPORTI CON OSPITI/FAMILIARI/VARI STAKEHOLDER:** quest'ultimo fattore sottolinea l'importanza di intrattenere buone relazioni e rapporti con i vari interlocutori con cui si entra in contatto, più precisamente esso si sostanzia in:
 - Capacità di adattare la comunicazione e relazione interpersonale alle caratteristiche dell'utente;
 - Capacità di dare informazioni adeguate agli ospiti/familiari/stakeholder
 - Capacità di mantenere gentilezza e cortesia con ospiti/familiari/stakeholder anche in situazioni di criticità
 - Capacità di informare i familiari/stakeholder su aspetti di propria competenza e/o di orientarli, indirizzarli all'interno dell'Ente (luoghi, persone, procedure)

Eccezionalmente, vista l'importanza del ruolo rivestito dai professionisti a livello organizzativo, per tale categoria, per la competenza 1), punto 4., è previsto il seguente fattore: "capacità di cogliere e valutare le criticità tipiche della propria Area e di proporre soluzioni, nonché di porsi e raggiungere obiettivi utili al miglioramento del servizio (es. proposta progetti utili all'Ente, propositività, spirito di iniziativa).

Scheda di valutazione individuale Sig./Sig.ra _____
 Valutazione anno _____

ISACC

1) COMPETENZE TECNICHE E PROFESSIONALI

1.	Abilità nello svolgimento pratico e tecnico (per l'Area Socio-Assistenziale) o teorico-pratico (per l'Area Amministrativa) delle proprie mansioni	1	2	2.5	3	3.75
2.	Capacità di rispettare le scadenze e gli adempimenti/attività previste	1	2	2.5	3	3.75
3.	Capacità di organizzare il proprio lavoro e di programmare le attività	1	2	2.5	3	3.75
4.	Capacità di cogliere e valutare le criticità tipiche della propria Area (es. bisogni e condizioni degli ospiti per l'Area socio-assistenziale o rispetto scadenze per l'Area Amministrativa) e di proporre soluzioni /per Professionisti: capacità di cogliere e valutare le criticità tipiche della propria Area e di proporre soluzioni, nonché di porsi e raggiungere obiettivi utili al miglioramento del servizio (es. proposta progetti utili all'Ente, propositività, spirito di iniziativa)	1	2	2.5	3	3.75

Tot.

2) RESPONSABILIZZAZIONE

1.	Dimostrare attenzione alle consegne/alle pratiche affidate, precisione e continuità anche nei passaggi di informazione	1	2	2.5	3	3.75
2.	Capacità di utilizzare l'ambiente, le attrezzature e i materiali in modo corretto	1	2	2.5	3	3.75
3.	Tempestività nell'applicazione delle procedure/linee guida/regolamenti approvati;	1	2	2.5	3	3.75
4.	Capacità di affrontare le situazioni in maniera flessibile e di prendere in considerazione soluzioni e alternative praticabili	1	2	2.5	3	3.75

Tot.

3) CAPACITÀ RELAZIONALI E DI CRESCITA PROFESSIONALE

1.	Capacità di lavorare in gruppo e di collaborare nel rispetto dei ruoli, predisposizione ad evitare i conflitti, volontà di ascoltare gli altri	1	2	2.5	3	3.75
2.	Partecipazione alle attività formative proposte e applicazione di quanto appreso	1	2	2.5	3	3.75
3.	Capacità di accettare indicazioni, suggerimenti e critiche da parte dei propri superiori e/o colleghi	1	2	2.5	3	3.75
4.	Disponibilità ad accettare i cambiamenti e le innovazioni	1	2	2.5	3	3.75

Tot.

4) RAPPORTI CON OSPITI/FAMILIARI/VARI STAKEHOLDER

1.	Capacità di adattare la comunicazione e relazione interpersonale alle caratteristiche dell'utente	1	2	2.5	3	3.75
2.	Capacità di dare informazioni adeguate agli ospiti/familiari/stakeholder	1	2	2.5	3	3.75
3.	Capacità di mantenere gentilezza e cortesia con ospiti/familiari/stakeholder anche in situazioni di criticità	1	2	2.5	3	3.75
4.	Capacità di informare i familiari/stakeholder su aspetti di propria competenza e/o di orientarli, indirizzarli all'interno dell'Ente (luoghi, persone, procedure)	1	2	2.5	3	3.75

Tot.

Punteggio totale
 ____ /60

LEGENDA

- 1 La persona dimostra un insufficiente livello di rispondenza a quanto richiesto
- 2 La persona dimostra parziale rispondenza a quanto richiesto
- 2.5 La persona soddisfa le aspettative
- 3 La persona dimostra un livello superiore alle aspettative
- 3.75 La persona dimostra un livello di eccellenza rispetto alle aspettative

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sottosezione è diffusamente trattata nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023 – 2025.

I.S.A.C.C. Istituto Servizi Assistenziali CimaColbacchini

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2023-2025

Indice dei contenuti

PREMESSA

- 1.1 PNA e PTPCT
- 1.2 Principi generali
- 1.3 Definizioni
- 1.4 Normativa di riferimento
- 1.5 Finalità

SOGGETTI COINVOLTI

PREDISPOSIZIONE, ADOZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

GESTIONE DEL RISCHIO

ANALISI DEL CONTESTO

- 1.1 Contesto esterno
- 1.2 Contesto interno
- 1.3 Popolazione e bacino d'utenza

ANALISI DEI PROCESSI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- 1.1 Tabella valutazione del rischio
- 1.2 Valutazione complessiva del rischio
- 1.3 Tabelle calcolo livello del rischio

MISURE DI PREVENZIONE E CONTRASTO GESTIONE DEL RISCHIO

PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

MONITORAGGIO/ATTUAZIONE PTPCT

TRASPARENZA SOSTANZIALE

- 1.1. Trasparenza
- 1.2. Accesso civico e Trasparenza
- 1.3. Trasparenza e Privacy
- 1.4. Comunicazione

DOCUMENTI ALLEGATI

Modulo accesso civico semplice

Modulo accesso documentale (ospiti)

Modulo accesso civico generalizzato

Modello per la segnalazione di condotte illecite

PREMESSA

1.1. PNA E PTPCT

Le norme anticorruzione nella Pubblica amministrazione (P.A.) prevedono misure di prevenzione che ricadono in modo notevole e incisivo sull'organizzazione e sui rapporti di lavoro di tutte le amministrazioni pubbliche.

I temi della trasparenza e della integrità dei comportamenti nella P.A. paiono sempre più urgenti, anche in relazione alle richieste della comunità internazionale.

Con la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione e contrasto della corruzione secondo una strategia articolata su due livelli: nazionale e decentrato. Tale struttura di prevenzione della corruzione, normata dalla legge 190/2012, prevede la programmazione, l'attuazione ed il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione da realizzarsi attraverso un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione. La strategia nazionale si attua mediante il Piano nazionale anticorruzione (PNA) adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Questa duplice articolazione garantisce da un lato l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione elaborate a livello nazionale e internazionale, dall'altro consente alle singole amministrazioni di predisporre soluzioni mirate in riferimento alla propria specificità.

In relazione alla dimensione e ai diversi settori di attività degli enti, il PNA individua i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e contiene l'indicazione degli obiettivi, dei tempi e delle modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo. L'Autorità nazionale anticorruzione ha approvato il PNA 2019 in data 13 novembre 2019 (deliberazione n. 1064). Il PNA costituisce un “atto di indirizzo” per le pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei loro Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT). Il PTPCT fornisce una valutazione del livello di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le “misure”) volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, comma 5, legge 190/2012).

L'eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1 comma 14). Secondo il comma 44 dell'art. 1 della legge 190/2012 (che ha riscritto l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001), la violazione dei doveri contenuti nel Codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare.

Per una visione organica della normativa di riferimento si rimanda al sito dell'Autorità Nazionale Anticorruzione: <http://www.anticorruzione.it>

Il Consiglio di Amministrazione dell'I.S.A.C.C. Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini, ai sensi dell'art. 1 comma 7, della Legge 190/2012, ha nominato con atto deliberativo n. 2 del 13/01/2020, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e quale Responsabile della trasparenza la Dott.ssa Assunta Chiara Tracanzan, Direttore Generale dell'ISACC.

1.2. PRINCIPI GENERALI

La progettazione e l'attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo si svolge secondo i seguenti principi guida: principi strategici; principi metodologici; principi finalistici (PNA 2019).

Principi strategici:

1. Coinvolgimento dell'organo di indirizzo politico-amministrativo: l'organo di indirizzo politico amministrativo deve assumere un ruolo attivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo e contribuire allo svolgimento di un compito tanto importante quanto delicato, anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT);

2. Cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio: la gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. L'efficacia del sistema dipende anche dalla piena e attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e di controllo;

3. Collaborazione tra amministrazioni: la collaborazione tra pubbliche amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio può favorire la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, esperienze, sistemi informativi e risorse.

Principi metodologici:

1. Prevalenza della sostanza sulla forma: il sistema deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di rischio di corruzione. A tal fine, il processo non deve essere attuato in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, bensì progettato e realizzato in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione;

2. Gradualità: le diverse fasi di gestione del rischio, soprattutto nelle amministrazioni di piccole dimensioni o con limitata esperienza, possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità o la profondità dell'analisi del contesto (in particolare nella rilevazione e analisi dei processi) nonché la valutazione e il trattamento dei rischi;

3. Selettività: al fine di migliorare la sostenibilità organizzativa, l'efficienza e l'efficacia del processo di gestione del rischio, soprattutto nelle amministrazioni di piccole dimensioni, è opportuno individuare le proprie priorità di intervento, evitando di trattare il rischio in modo generico e poco selettivo. Occorre selezionare, sulla base delle risultanze ottenute in sede di valutazione del rischio, interventi specifici e puntuali volti ad incidere sugli ambiti maggiormente esposti ai rischi, valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia;

4. Integrazione: la gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. In tal senso occorre garantire una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance. A tal fine, alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici

obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT;

5. Miglioramento e apprendimento continuo: la gestione del rischio va intesa, nel suo complesso, come un processo di miglioramento continuo basato sui processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

Principi finalistici:

1. Effettività: la gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità;

2. Orizzonte del valore pubblico: la gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

1.3. DEFINIZIONI

Corruzione: la legge 190/2012 non reca la definizione di "corruzione". Da alcune norme della L. 190/2012 e dall'impianto complessivo della stessa legge è possibile evincere un significato ampio di "corruzione" a cui si riferiscono gli strumenti e le misure previsti dal legislatore. L'art. 1, comma 36, della legge 190/2012, laddove definisce i criteri di delega per il riordino della disciplina della trasparenza, si riferisce esplicitamente al fatto che gli obblighi di pubblicazione integrano livelli essenziali delle prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare anche a fini di prevenzione e contrasto della "cattiva amministrazione" e non solo ai fini di trasparenza e prevenzione e contrasto della corruzione. La correlazione tra le disposizioni della legge 190/2012 e l'innalzamento del livello di qualità dell'azione amministrativa, nonché il contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione, è evidenziato anche dai successivi interventi del legislatore sulla legge 190/2012. In particolare, all'art. 1 comma 8-bis (aggiunto dal d.lgs. 97/2016) in cui è stato inserito un esplicito riferimento alla verifica, da parte dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV), alla coerenza fra gli obiettivi fissati nei documenti di programmazione strategico-gestionale e i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'ANAC, anche in linea con la nozione accolta a livello internazionale, ha ritenuto che, poiché la legge 190/2012 è finalizzata alla prevenzione e, quindi, alla realizzazione d'una tutela anticipatoria, debba essere privilegiata un'accezione ampia del concetto di corruzione, volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati. Al termine "corruzione" è attribuito un significato tale da comprendere, non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un

malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

P.T.P.C.T. (Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Rischio: effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichino eventi corruttivi intesi come:

- condotte penalmente rilevanti;
- comportamenti scorretti in cui le funzioni pubbliche sono usate per favorire interessi privati;
- inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno.

Evento: il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente.

Gestione del rischio: strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.

Processo: insieme di attività interrelate che creano valore trasformando le risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

1.4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D. Lgs. 31.12.2012, n. 235 *“Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- D. Lgs. 14.03.2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione di commi 35 e 36 dell'art. 1 della l. n. 190 del 2012”* e successivi aggiornamenti;
- D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- D.P.R. 16.04.2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*;

- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n° 72/2013;
- L. 27 maggio 2015, n. 69 Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio;
- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con determinazione dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n° 12/2015;
- nuovo Codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo n. 50/2016;
- D. Lgs. n. 97/2016 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016 approvato con delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 831/2016;
- Linee - guida adottate dall’ANAC sugli argomenti oggetto del presente PTPC con delibera n. 1310/2016;
- decreto legislativo n. 56/2017, recante disposizioni integrative e correttive al Codice dei contratti pubblici;
- Legge n. 179/2017, che disciplina l’istituto del whistleblowing;
- Decreto-legge n. 32/2019, convertito in legge n. 55/2019, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici;
- Decreto-legge n. 162/2019 che ha sospeso l’applicazione degli artt. 46 e 47 d.lgs. n. 33/2013;
- Codice di Comportamento dell’ISACC approvato con delibera del C.d.A. nr. 3 del 28/01/2019;
- Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 – Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2020.

1.5. FINALITÀ

In piena aderenza agli obiettivi fissati dalla l. 190/2012, il PNA e, in applicazione di questo, il PTPC ha come finalità il compito di promuovere l’adozione di misure di prevenzione della corruzione, distinguendole in:

- misure di prevenzione oggettiva che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all’azione di interessi particolari volti all’improprio condizionamento delle attività pubbliche;
- misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del dipendente pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti, all’attività dell’amministrazione pubblica.

SOGGETTI COINVOLTI

Ruolo	Responsabilità/Posizione di lavoro c/o l'Ente	Competenze sulla Prevenzione della Corruzione
Organo di indirizzo politico-amministrativo e di controllo	Consiglio di Amministrazione	<ul style="list-style-type: none"> - nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza; - adotta il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione; - propone alla Direzione indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione;
Responsabile della Prevenzione e della Corruzione	Direttore Generale	<ul style="list-style-type: none"> - Propone al C.d.A. gli atti e i documenti per l'adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione; - elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione; - cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti;
Responsabile della Trasparenza	Direttore Generale	<ul style="list-style-type: none"> - in qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità promuove l'applicazione del relativo programma; - svolge le funzioni indicate dall'articolo 43 del decreto legislativo n. 33 del 2013;
Responsabili dei servizi	Dirigenti / Posizioni organizzative	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano al processo di gestione del rischio, in particolare per le attività indicate all'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001;
Il Nucleo di Valutazione esterno e gli altri organismi di controllo interno	Delibera n. 62 del 30/11/2020 (nomina nucleo di valutazione esterno)	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano al processo di gestione del rischio; - nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti, tengono conto dei rischi e delle azioni inerenti alla prevenzione della corruzione; - svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);
Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)	Delibera n. 43 del 01/10/2019 – Segretario Direttore Generale	<ul style="list-style-type: none"> - svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. 165/2001); - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.); - propone l'aggiornamento del Codice di comportamento; - opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici";
Dipendenti dell'Ente	Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano al processo di gestione del rischio; - osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; - segnalano eventuali situazioni di illecito;
Collaboratori	Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Ente	<ul style="list-style-type: none"> - osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento; - segnalano eventuali situazioni di illecito;

PREDISPOSIZIONE, ADOZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PTPCT

Il P.T.P.C.T. costituisce lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruzione" come sopra definita.

Con questo strumento viene pianificato un programma di attività coerente con i risultati di una fase preliminare di analisi dell'organizzazione dell'Ente, sia sul piano formale che rispetto ai comportamenti concreti.

Il P.T.P.C.T. è soggetto a revisione entro il 31 gennaio di ogni anno trattandosi di documento programmatico dinamico a scorrimento, che pone in atto un processo ciclico, nell'ambito del quale le strategie e le misure ideate per prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi sono sviluppate o modificate a seconda delle risposte ottenute in fase di applicazione. In tal modo è possibile perfezionare strumenti di prevenzione e contrasto sempre più mirati e incisivi sul fenomeno.

Il Piano Nazionale Anticorruzione, come ribadito anche in occasione dell'aggiornamento 2015, prevede che, al fine di realizzare un'efficace strategia preventiva, il PTPCT deve essere coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Amministrazione e, innanzitutto, coerente con il piano della performance. Per questo motivo, potrebbe essere previsto un aggiornamento del Piano in corso d'anno per integrarlo con la reportistica relativa alla performance, come previsto dalla normativa.

Il Piano è stato predisposto dall'RPCT in collaborazione con i Responsabili degli Uffici e dei Settori, in collaborazione con il personale coinvolto nelle aree di maggior rischio. Ai fini dell'adozione/aggiornamento del PTPCT i Dirigenti possono trasmettere al Responsabile della prevenzione eventuali proposte inerenti al proprio ambito di attività.

Lo schema preliminare predisposto per l'adozione/aggiornamento del PTPCT viene presentato, prima dell'approvazione, ai Dirigenti / Posizioni Organizzative e al Nucleo di Valutazione per eventuali osservazioni.

GESTIONE DEL RISCHIO

Il PTPCT può essere definito come lo strumento per attuare il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Ente.

Il processo di gestione del rischio definito nel presente Piano ha recepito, con opportuni adattamenti, la metodologia (ispirata ai principi e alle linee guida UNIISO 31000:2010) definita dal Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 nonché le ulteriori indicazioni

contenute nell'aggiornamento predisposto dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28.10.2015.

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

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

All'interno delle attività previste dallo Statuto e rientranti nella mission dell'Ente, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012), sono state individuate le seguenti attività con rischio di corruzione. Le attività dell'Ente sono state ripartite in tre tipologie, in base al rischio di corruzione:

- attività con rischio non elevato di corruzione (trascurabili);
- attività con rischio medio – basso di corruzione;
- attività con rischio rilevante di corruzione.

ANALISI DEL CONTESTO

L'Analisi del contesto (esterno e interno) rappresenta la prima fase del processo di gestione del rischio. Consente di acquisire informazioni utili a comprendere come possano verificarsi fenomeni corruttivi nell'ambito dell'Amministrazione proprio in considerazione delle specificità ambientali in cui si trova ad operare e delle sue caratteristiche organizzative interne.

1.1. CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno mira ad inquadrare le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio nel cui ambito l'Ente esplica le proprie funzioni. Ciò consente di comprendere le dinamiche relazionali che in esso si sviluppano e le influenze (o pressioni) a cui l'Ente può essere sottoposto da parte dei vari portatori di interessi operanti sul territorio. In tal modo è possibile elaborare una strategia di gestione del rischio calibrata su specifiche variabili ambientali e quindi potenzialmente più efficace.

Per l'analisi del contesto esterno si fa riferimento a quanto pubblicato dalla Regione Veneto nel suo PTPCT 2020 - 2022, in particolare si riportano alcuni dati tratti dalla ricerca presentata in occasione del Convegno “Sviluppo economico e contrasto alla criminalità organizzata ruolo responsabilità delle istituzioni territoriali”, tenutosi in data 18 ottobre 2019 presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Padova (ricerca a cura del Prof. Antonio Parbonetti, Dott. Michele Fabrizi e del Dott. Francesco Ambrosini). Nella seguente tabella viene evidenziato come l'attività criminale organizzata si concentri soprattutto sul settore dell'edilizia, radicandosi, tuttavia, anche in altri settori produttivi.

<i>SETTORE</i>	<i>% MAFIA</i>	<i>% TOTALE ITALIA</i>
Agricoltura	5,7 %	25,4 %
Attività estrattiva	0,1 %	0,0 %
Attività manifatturiere	9,8 %	6,5 %
Fornitura elettricità e gas	0,7 %	0,2 %
Edilizia	26,5 %	8,5 %
Commercio	17,3 %	18,6 %
Logistica e trasporti	4,8 %	2,1 %
Alloggio e ristorazione	5,1 %	5,6 %
Informazione e comunicazione	1,6 %	1,7 %
Attività finanziarie e assicurative	1,4 %	1,7 %
Attività immobiliari	11,1 %	4,0 %
Attività professionali	8,6 %	12,7 %
Servizi alle imprese	0,3 %	2,5 %
Istruzione	0,8 %	0,6 %
Sanità e assistenza sociale	2,5 %	5,1 %
Intrattenimento	1,0 %	1,2 %
Altre attività	0,1 %	3,6 %
TOTALE	100 %	100 %

La seguente tabella esprime la numerosità delle aziende ad attività criminale così come dislocate nel territorio italiano:

<i>AREA</i>	<i>CONTEGGIO</i>	<i>%</i>
NORD – OVEST	438	22,3 %
NORD – EST	660	33,6 %
CENTRO	191	9,7 %
SUD	678	34,5 %
TOTALE	1967	100,0 %
VENETO	386	19,6 %

La seguente tabella esprime la numerosità delle aziende ad attività criminale così come dislocate, a livello provinciale, nel territorio Veneto:

<i>PROVINCIA</i>	<i>CONTEGGIO</i>	<i>%</i>
BELLUNO	5	1,3 %
PADOVA	57	14,8 %
ROVIGO	5	1,3 %
TREVISO	65	16,8 %
VENEZIA	215	55,7 %
VERONA	23	6,7 %
VICENZA	13	3,4 %
TOTALE	386	100,0 %

Dai dati reperiti e analizzati emerge che nell'ambito territoriale, ambito entro cui si può ritenere circoscritta l'attività di questo Ente, non risultano accertati fenomeni criminali di particolare importanza riconducibili alle attività prese in considerazione dal presente documento.

1.2. CONTESTO INTERNO

L'ISACC si compone di due residenze entrambe situate a Bassano del Grappa (VI):

- la sede Pazzaglia-Basso-Sturm si trova a in Vicolo Cà Rezzonico n. 2

- la sede Villa Serena si trova in Via S. Giorgio n. 86.

La residenza Pazzaglia-Basso-Sturm è composta da 4 nuclei per un totale di 156 posti letto complessivi (tra cui 8 posti letto per persone in Stato Vegetativo Permanente (SVP) e 2 per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

La residenza di Villa Serena è composta da 7 nuclei per un totale di 283 posti letto (tra cui uno con 40 posti letti dedicati a persone affette da demenza).

L'I.S.A.C.C. di Bassano del Grappa assicura le attività di progettazione ed erogazione di servizi assistenziali socio-sanitari in forma residenziale ad ospiti sia autosufficienti che non autosufficienti e persone con gravi bisogni assistenziali.

La "Mission" dell'ISACC consiste nell'offrire servizi qualificati e continuativi che garantiscono una qualità di vita il più elevata possibile, rispettando la loro individualità, dignità e riservatezza, considerando i peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali, promuovendo l'autonomia funzionale, l'inserimento sociale e comunitario e riducendo, per quanto possibile, gli stati di disagio, traducendo il concetto globale alla salute, in stretta collaborazione con i servizi territoriali e la famiglia. Di conseguenza è volontà dell'I.S.A.C.C. creare benessere, restituire tranquillità e migliorare la qualità della vita. Nell'erogare questi servizi, viene prestata particolare attenzione alla formazione del personale e alla comunicazione con l'utenza. Questo permette di rendere il Centro Residenziale una "Risorsa" inserita nella rete dei servizi del territorio in quanto particolarmente efficace/efficiente nel rispondere ai bisogni degli ospiti.

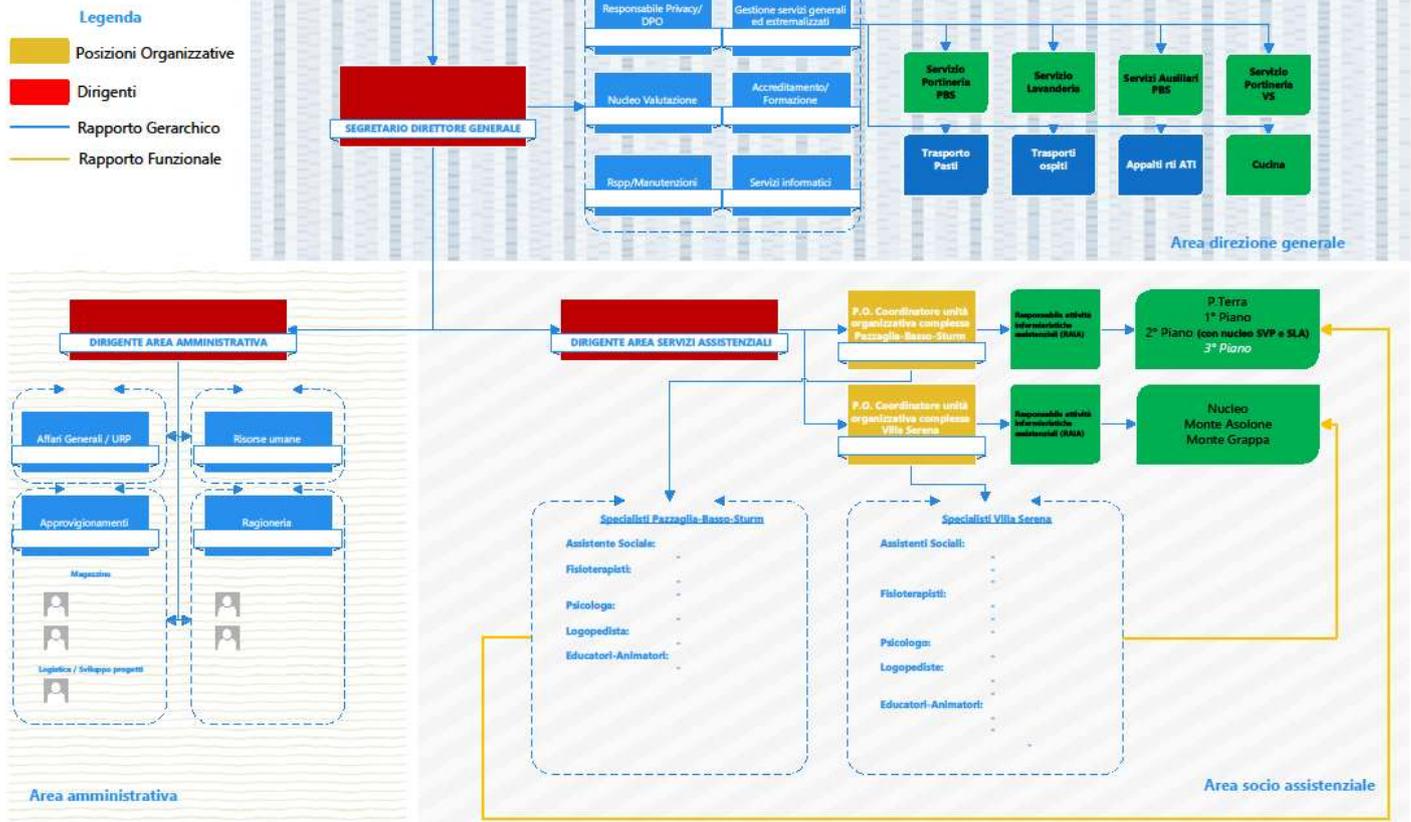
Gli obiettivi principali dell'I.S.A.C.C. possono essere così riassunti:

1. affermare il ruolo sociale dell'individuo anziano anche se collocato all'interno di un servizio residenziale (rimotivazione alla "voglia di vivere" dell'anziano);
2. definire e aggiornare, sulla base di valutazioni multiprofessionali, progetti di interventi personalizzati, individuali e/o di gruppo;
3. perseguire livelli di salute ottimali, nell'ottica dell'approccio multidimensionale alla persona, conservando, ripristinando o sviluppando le capacità funzionali residue dell'anziano;
4. garantire all'utente un'assistenza qualificata con interventi personalizzati, effettuando una formazione continua del personale al fine di sostenere la motivazione e rivalutarne la preparazione professionale, in ragione del fatto che gli interventi di tutte le figure professionali sono finalizzati al soddisfacimento dei bisogni della persona anziana;
5. acquisire credibilità della struttura nei confronti degli operatori, del volontariato, dei familiari e della comunità locale;
6. lavorare con serenità e disponibilità per formare una squadra sinergica;
7. sviluppare una cultura "aziendale" e un linguaggio comune.

Sono garantite ai residenti le seguenti prestazioni:

- Socio - assistenziali;
- Sanitarie;
- Riabilitative (Fisioterapiche, Logopediche, Psicologiche etc.);
- Educative e di animazione.

L'organigramma dell'Ente è il seguente:



1.3. POPOLAZIONE E BACINO D'UTENZA

Il bacino di utenza è prevalentemente quello relativo alla popolazione anziana in condizione di non autosufficienza certificata da scheda S.Va.M.A. residente nel comune di Bassano del Grappa e nei comuni limitrofi. L'ULSS è il soggetto attuatore della programmazione socio-sanitaria e sanitaria regionale, di conseguenza l'attività centrale dell'I.S.A.C.C. ha come soggetto interlocutore l'ULSS 7 Pedemontana stessa, ed è con tale soggetto che infatti l'Ente si convenziona per l'assistenza sanitaria ai propri residenti.

La struttura si inserisce in un contesto sempre più bisognoso di risposte concrete e veloci in termini socio assistenziali che le aziende ULSS faticano a dare e che le famiglie faticano a gestire a causa delle trasformazioni socio culturali dei nuclei familiari. L'ISACC si pone come servizio di riferimento socio assistenziale a favore di una molteplicità di richieste di supporto alle famiglie. Vi è la necessità di una presa in carico globale del residente in condizione di bisogno e della relativa famiglia di riferimento, che permetta una interazione tra servizi e una risposta idonea, concreta e da avere in tempi utili in base alla gravità del problema. La popolazione del territorio richiede principalmente risposte in termini concreti, che riescano a ripristinare una situazione di equilibrio sanitario, assistenziale e sociale.

ANALISI DEI PROCESSI

L'analisi del contesto interno si sostanzia nella “mappatura dei processi” ovvero la ricerca e descrizione dei processi attuati all'interno dell'Ente al fine di individuare quelli potenzialmente a rischio di corruzione, secondo l'accezione ampia contemplata dalla normativa e dal PNA. Sono state individuate:

Attività con rischio non elevato di corruzione (trascurabili)

- Procedure di accesso a servizi a regime residenziale;
- Gestione delle entrate e delle spese (flussi di cassa).

L'accesso a servizi a regime residenziale, per anziani non autosufficienti, viene gestito mediante procedure normate dalla Regione Veneto e gestite dall'ULSS. L'ULSS 7 Pedemontana ha infatti predisposto una procedura avente ad oggetto “percorso organizzativo per l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali” con la quale sono stati individuati i diversi interventi a supporto della persona, dall'analisi del bisogno, alla formulazione di una risposta assistenziale, attraverso la raccolta della domanda, la valutazione del profilo assistenziale, il collocamento nella graduatoria del registro unico per la residenzialità e l'inserimento in struttura. A tal proposito, la Segreteria UOS Non autosufficienza Bassano invia con cadenza quindicinale ai Centri di Servizio, ai Comuni e alla COT la graduatoria aggiornata delle persone in lista di attesa con relativo profilo.

L'accesso a servizi a regime residenziale non gestito dall'Ulss (anziani autosufficienti, ospiti in regime c.d. “privatistico”) è residuale rispetto alla attività complessiva dell'Ente.

La gestione dei flussi di cassa avviene in massima parte attraverso il servizio di Tesoreria dell'Ente, presidiato da ordinativi di pagamento espliciti e formalizzati. La cassa economale gestisce valori percentualmente risibili dal punto di vista del bilancio, ed i relativi flussi sono soggetti a verifica standardizzata.

Attività con rischio medio – basso di corruzione

- Attività assistenziali

Potrebbe essere possibile che, nello svolgimento delle attività assistenziali, il personale socio-sanitario venga esposto ad un rischio corruttivo da parte di familiari degli ospiti per preferire il proprio congiunto in alcuni servizi (bagno, messa a letto, etc.). Si ritiene che il rischio sia medio-basso in quanto, pur essendovi una discrezionalità tecnica nella gestione degli ospiti, la programmazione del servizio è tale da non prestarsi adeguatamente a comportamenti corruttivi, in quanto:

- la rotazione dei turni fa sì che i singoli professionisti si alternino nell'assistenza;
- la modalità di decisione sulle attività assistenziali, di tipo multiprofessionale, definite collegialmente, nonché la digitalizzazione della cartella sanitaria del residente con la conseguente

tracciabilità di quanto inserito e da chi, rende arduo, se non impossibile, per un eventuale malintenzionato, stravolgere il PAI, Piano Assistenziale Individualizzato, per favorire un ospite rispetto ad un altro.

Attività con rischio rilevante di corruzione

- Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture;
- Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni del patrimonio immobiliare;
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- Selezione di personale (a rischio rilevante ope legis);
- Progressioni di carriera del personale dipendente (a rischio rilevante ope legis);
- Conferimento di incarichi.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'attività di valutazione del rischio è stata effettuata per ciascun processo o fase di processo mappato, per un totale di n. 9 processi mappati. L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi (probabilità) e delle conseguenze che il rischio produce (impatto, o magnitudo) per giungere alla determinazione del livello di rischio, rappresentato da un valore numerico: (probabilità) x (magnitudo) = (livello di rischio). La metodologia utilizzata per il calcolo è quella contenuta nell'allegato 5 del P.N.A.

1.1. TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Indici di valutazione della probabilità

Discrezionalità

Il processo è discrezionale?

- No, è del tutto vincolato 1
- È parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi 2
- È parzialmente vincolato solo dalla legge 3
- È parzialmente vincolato solo da atti amministrativi 4
- È altamente discrezionale 5

Rilevanza esterna

Il processo produce effetti all'esterno dell'Amministrazione?

- No, ha come destinatario finale un ufficio 2
- Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni 5

- **Complessità del processo**

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

- No, il processo coinvolge una sola P.A. 1
- Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni 3
- Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5

- **Valore economico del processo**

Qual è l'impatto economico del processo?

- Ha rilevanza esclusivamente interna 1
- Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma non di particolare rilievo economico 3
- Comporta l'attribuzione di vantaggi considerevoli a soggetti esterni 5

- **Frazionabilità del processo**

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

- No 1
- Sì 5

- **Controlli**

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

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

Indici di valutazione dell'impatto

- **Impatto organizzativo**

Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio competente a svolgere il processo, quale percentuale di personale è impiegata nel processo?

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

- **Impatto economico**

Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze a carico di dipendenti o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti dell'Ente per la medesima tipologia di evento o tipologie analoghe?

- No 1
- Sì 5

- **Impatto reputazionale**

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

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

- **Impatto organizzativo, economico e sull'immagine**

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

- A livello di addetto 1
- A livello di collaboratore o funzionario 2
- A livello di funzionario / posizione organizzativa 3
- A livello di dirigente 4
- A livello di direttore generale 5

Valori e frequenze della probabilità

- 0 nessuna probabilità
- 1 improbabile
- 2 poco probabile
- 3 probabile
- 4 molto probabile
- 5 altamente probabile

Valori e importanza dell'impatto

- 0 nessun impatto
- 1 marginale
- 2 minore

- 3 soglia
- 4 serio
- 5 superiore

1.2. VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = (valore probabilità) x (valore impatto)

Pertanto, la probabilità tiene conto dei seguenti fattori:

- discrezionalità;
- rilevanza esterna;
- complessità del processo,
- valore economico;
- frazionabilità del processo;
- controlli.

L' impatto si misura tenendo conto di:

- impatto organizzativo;
- impatto economico;
- impatto reputazionale;
- impatto organizzativo, economico e sull'immagine.

Il valore della probabilità e dell'impatto vanno da un minimo numerico di 0 ad un massimo di 5. Il valore complessivo del rischio del processo è dato dal prodotto dei due fattori e pertanto va da un minimo di 0 ad un massimo di 25. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.

A seguito della valutazione del rischio effettuata, sono stati individuati 4 livelli di rischio:

punteggio da 1 a 3 → rischio trascurabile	punteggio da 4 a 6 → rischio medio-basso
punteggio da 7 a 11 → rischio rilevante	punteggio da 12 a 25 → rischio critico

1.3. TABELLE CALCOLO LIVELLO DEL RISCHIO

PROCEDURE DI ACCESSI A REGIME RESIDENZIALE			
PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	1	Impatto organizzativo	1

Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	1
Valore economico del processo	3	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	2
Frazionabilità del processo	1		
controlli	1		
somma	12	somma	5
media	2	media	1,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$2 \times 1,25 = 2,5$			
LIVELLO DI RISCHIO: TRASCURABILE			

GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE (FLUSSI DI CASSA)			
PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	1	Impatto organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	1
Valore economico del processo	1	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	2
Frazionabilità del processo	1		

processo			
controlli	1		
somma	10	somma	5
media	1,66	media	1,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$1,66 \times 1,25 = 2,07$			
LIVELLO DI RISCHIO: TRASCURABILE			

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI			
PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	4	Impatto organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	1
Valore economico del processo	3	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	2
Frazionabilità del processo	1		
controlli	1		
somma	15	somma	8
media	2,5	media	2
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$2,5 \times 2 = 5$			

LIVELLO DI RISCHIO: MEDIO - BASSO

PROCEDURE SCELTA CONTRAENTE LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	5		
controlli	2		
somma	20	somma	9
media	3,33	media	2,25

Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)

$3,33 \times 2,25 = 7,49$

LIVELLO DI RISCHIO: RILEVANTE

PROCEDURE SCELTA CONTRAENTE FITTI, LOCAZIONI E ALIENAZIONI PATRIMONIO IMMOBILIARE

PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	1

Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	5		
controlli	2		
somma	20	somma	9
media	3,33	media	2,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$3,33 \times 2,25 = 7,49$			
LIVELLO DI RISCHIO: RILEVANTE			

CONCESSIONE ED EROGAZIONE CONTRIBUTI, VANTAGGI ECONOMICI			
PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	5
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	3	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	1		

processo			
controlli	2		
somma	14	somma	13
media	2,33	media	3,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$2,33 \times 3,25 = 7,57$			
LIVELLO DI RISCHIO: RILEVANTE			

SELEZIONE DI PERSONALE			
PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	1		
controlli	3		
somma	17	somma	9
media	2,83	media	2,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$2,83 \times 2,25 = 6,37$			

LIVELLO DI RISCHIO: MEDIO - BASSO

PROGRESSIONI DI CARRIERA DEL PERSONALE DIPENDENTE

PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	1		
controlli	2		
somma	16	somma	9
media	2,66	media	2,25

Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)

$2,66 \times 2,25 = 5,98$

LIVELLO DI RISCHIO: MEDIO - BASSO

CONFERIMENTO INCARICHI

PROBABILITÀ		IMPATTO	
Discrezionalità	2	Impatto organizzativo	1

Rilevanza esterna	5	Impatto economico	1
Complessità del processo	1	Impatto reputazionale	2
Valore economico del processo	5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	5
Frazionabilità del processo	5		
controlli	2		
somma	20	somma	9
media	3,33	media	2,25
Valutazione complessiva del rischio (valore frequenza x valore impatto)			
$3,33 \times 2,25 = 7,49$			
LIVELLO DI RISCHIO: MEDIO - BASSO			

MISURE DI PREVENZIONE E CONTRASTO GESTIONE DEL RISCHIO

Alla luce della valutazione effettuata, sono state individuate alcune azioni preventive da porre in essere per la gestione del rischio:

1. Informatizzazione dei processi

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

Obiettivo: facilitare le fasi maggiormente a rischio di corruzione dei processi organizzativi

Persone coinvolte: personale amministrativo addetto

Attuazione: monitoraggio annuale

Responsabili: Direttore Generale, Servizi Informatici

2. Attività assistenziali

Obiettivo: ridurre la discrezionalità di tipo arbitrario degli interventi

Persone coinvolte: personale socio-sanitario

Indicatore: presenza di piani di lavoro aggiornati

Responsabili: coordinatori, dirigente socio – assistenziale

3. Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “all'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza”. Nell'ambito della discrezionalità accordata dalla norma e della propria autonomia organizzativa, l'Ente ha previsto la coincidenza tra le due figure. Considerato che la Trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, vanno individuati e indicati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.lgs. 33/2013.

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

Attuazione: attuato/monitoraggio periodico

Responsabili:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Albo online
- Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Amministrazione Trasparente

4. Codice di Comportamento

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

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

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

Azioni: si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al d.P.R. 62/2013 sopra citato e al Codice di Comportamento dell'ISACC approvato con deliberazione n. 3 del 28/01/2019.

Attuazione: monitoraggio annuale

Responsabili:

- dipendenti dell'Ente per l'osservanza;
- Direttore Generale, Dirigente Area Socio – Assistenziale, Responsabili d'ufficio, titolari di posizione organizzativa, UPD per il relativo controllo

5. Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

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

Azioni: si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al D.Lgs. 33/2013 aggiornato al D. Lgs. 97/2016

Attuazione: monitoraggio annuale

Responsabili: Ufficio Affari Generali, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

6. Monitoraggio dei tempi procedurali

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

Azioni: i Responsabili degli Uffici provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini relativi ai procedimenti di competenza.

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

Attuazione: monitoraggio periodico

Responsabili: RPCT, Responsabili di Ufficio

7. Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi

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

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

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

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

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

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

Attuazione: monitoraggio periodico

Responsabili: RPCT, Direttore Generale, Responsabili di Ufficio e tutti i dipendenti

8. Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio

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

Azioni: tanto più elevato è il grado di rischio dell'attività, come indicato nelle tabelle "allegato 5 del PNA", tanto più alta deve essere l'attenzione del Dirigente nel suddividere, laddove possibile, le fasi dei procedimenti tra più soggetti, cioè: il responsabile dell'istruttoria, il responsabile del procedimento, il responsabile del provvedimento.

Attuazione: monitoraggio periodico

Responsabili: RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio

9. Inconferibilità – incompatibilità di incarichi dirigenziali, amministrativi di vertice

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

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

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

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

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

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

Attuazione: attuato

Responsabili: Ufficio Risorse Umane, RPCT.

10. Incarichi d’ufficio, attività ed incarichi extraistituzionali vietati ai dipendenti

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

Azioni: prevedere appositi criteri al fine di valutare le richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi di natura occasionale da parte dei dipendenti dell’Ente;

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

Attuazione: attuato

Responsabili: Ufficio Risorse Umane, RPCT.

11. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici

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

1. non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

2. non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

3. non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”.

Azioni:

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

- membri commissioni sia interni che esterni;
- responsabili dei processi operanti nelle aree di rischio individuate dal presente Piano, appartenenti al livello giuridico D e superiori.

Attuazione: attuato / monitoraggio periodico

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

Responsabili Ufficio Affari Generali, Contabilità, Approvvigionamenti, Risorse Umane per acquisizione delle autocertificazioni di cui al precedente punto b) nonché, per quanto riguarda i membri interni, viene demandata agli stessi la valutazione circa la possibilità/modalità di acquisizione di un'autocertificazione iniziale da tutti i dipendenti, con l'obbligo a carico degli stessi di provvedere ad aggiornarla nel caso di modifiche rispetto allo status certificato.

12. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage – Revolving Doors)

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

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

Attuazione: in fase di attuazione - Termine: 31/12/2023

Responsabili: Dirigenti / Responsabili interessati alle procedure di affidamento di cui sopra

13. Whistleblowing

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

1. fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia;

2. nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;

3. l'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state attuate;

4. la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e s.m.i.

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

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

Attuazione: in fase di attuazione - Termine: 31/12/2023

Responsabili: Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

14. Patti di integrità

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

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

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

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

Attuazione: non attuato

Responsabili: Responsabili dei procedimenti di affidamento

15. Formazione

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

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

Il presente Piano individua i seguenti livelli di formazione:

Formazione base (1° livello): destinata a tutto il personale dell'Ente. È finalizzata ad una sensibilizzazione generale sulle tematiche dell'etica e della legalità (anche con riferimento ai codici di comportamento).

Formazione tecnica (2° livello): destinata a Dirigenti, P.O. e Responsabili dei servizi e i dipendenti che operano nelle aree con processi classificati dal presente Piano a rischio medio, rilevante e critico. Viene impartita al personale sopra indicato mediante appositi corsi anche su tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto.

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

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

Attuazione: in fase di attuazione - Termine: 31/12/2023

Responsabili: Ufficio Accreditamento/Formazione, Affari Generali, Contabilità, Approvvigionamenti e Risorse Umane per adempimenti relativi al piano della formazione.

16. Rotazione del personale addetto alle aree di rischio corruzione

La rotazione del personale dovrà avvenire secondo i seguenti criteri:

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

Azioni: come riportato nel PNA 2016:

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

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

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

Attuazione: parzialmente attuabile (le dimensioni dell'Ente e la composizione del Personale in ruolo in Amministrazione non consentono la rotazione integrale del Personale)

Responsabili: RPCT, Ufficio Risorse Umane

17. Azioni di sensibilizzazione

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

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

Azioni: pubblicazione nel sito web istituzionale dell'Ente dello schema di Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Attuazione: attuato

Responsabili: RPCT

18. Regolamenti e procedure

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

Azioni: monitoraggio dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante l'adozione di circolari, procedure, linee guida o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato.

Attuazione: attuato/monitoraggio periodico

Responsabili: Direttore e Responsabili Ufficio

19. Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro

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

Azioni: svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra Dirigenza, area delle P.O. e responsabili degli uffici per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali.

Attuazione: attuato

Responsabili: Direttore, Dirigente Area Socio Assistenziale, Responsabili Ufficio e dipendenti dell'Ente.

PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

La seconda parte del trattamento del rischio ha l'obiettivo di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione.

La programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale il Piano risulterebbe privo dei requisiti di cui all'art. 1, comma 5 lett. a) della legge 190/2012.

La programmazione delle misure consente di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto a definizione ed attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

Secondo il PNA, la programmazione delle misure deve essere realizzata considerando i seguenti elementi descrittivi:

- **fasi o modalità di attuazione della misura:** laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura.

- **tempistica di attuazione della misura o delle sue fasi:** la misura deve essere scadenzata nel tempo; ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarla, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;

- **responsabilità connesse all'attuazione della misura:** volendo responsabilizzare tutta la struttura organizzativa, e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della singola misura, al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione.

MONITORAGGIO ATTUAZIONE PTPCT

La gestione del rischio si completa con la successiva 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.

Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo gestione.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno “pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione”.

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 trasmessa al Consiglio di Amministrazione e pubblicata sul sito web istituzionale dell'Ente.

Qualora nel corso dell'anno emergessero elementi di criticità o possibili migliorie al Piano, sarà cura dell'Ente provvedere ad un aggiornamento del Piano stesso; inoltre, la soluzione relativa al permettere agli stakeholder di poter fornire osservazioni durante tutto l'anno e non solo nel periodo di esposizione prima dell'approvazione definitiva, fa sì che il documento sia costantemente dinamico e non solo una mera azione burocratica.

L'Ente valuterà la fattibilità e l'opportunità di dotarsi di strumenti organizzativi informatici per far sì che il monitoraggio dei procedimenti e del corretto andamento delle misure per la gestione del rischio siano continui.

TRASPARENZA SOSTANZIALE

1.1. TRASPARENZA

La trasparenza è la misura cardine dell'intero impianto anticorruzione delineato dal legislatore della legge 190/2012. Secondo l'art. 1 del d.lgs. 33/2013, rinnovato dal d.lgs. 97/2016: "La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche." La trasparenza è attuata principalmente attraverso la pubblicazione dei dati e delle informazioni elencate dalla legge sul sito web nella sezione "Amministrazione trasparente".

1.2. ACCESSO CIVICO E TRASPARENZA

Il d.lgs. 33/2013, comma 1 dell'art. 5, prevede: "L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione" (accesso civico semplice). Mentre il comma 2, dello stesso art. 5: "Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione" obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013 (accesso civico generalizzato).

La norma attribuisce ad ogni cittadino il libero accesso ai dati elencati dal d.lgs. 33/2013, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ed estende l'accesso civico ad ogni altro dato e documento rispetto a quelli da pubblicare in "Amministrazione trasparente".

L'accesso civico "generalizzato" investe ogni documento, ogni dato ed ogni informazione delle pubbliche amministrazioni. L'accesso civico incontra quale unico limite "la tutela di interessi giuridicamente rilevanti" secondo la disciplina del nuovo art. 5-bis. Lo scopo dell'accesso generalizzato è quello "di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

L'esercizio dell'accesso civico, semplice o generalizzato, "non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente". Chiunque può esercitarlo, "anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato" come precisato dall'ANAC nell'allegato della deliberazione 1309/2016 (a pagina 28).

Nei paragrafi 2.2. e 2.3 delle Linee Guida (deliberazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016) l'Autorità anticorruzione ha fissato le differenze tra accesso civico semplice, accesso civico generalizzato ed accesso documentale normato dalla legge 241/1990.

Il nuovo accesso "generalizzato" non ha sostituito l'accesso civico "semplice" disciplinato dal decreto trasparenza prima delle modifiche apportate dal "Foia" (d.lgs. 97/2016).

L'accesso civico semplice è attivabile per atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e "costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 6).

L'accesso generalizzato, invece, "si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)". La deliberazione 1309/2016 precisa anche le differenze tra accesso civico e diritto di accedere agli atti amministrativi secondo la legge 241/1990. L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso "documentale" di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo.

La finalità dell'accesso documentale è ben differente da quella dell'accesso generalizzato. È quella di porre "i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari". Dal punto di vista soggettivo, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

La legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". "Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7).

Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni".

L'Autorità ribadisce la netta preferenza dell'ordinamento per la trasparenza dell'attività amministrativa: “la conoscibilità generalizzata degli atti diviene la regola, temperata solo dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi (pubblici e privati) che possono essere lesi o pregiudicati dalla rivelazione di certe informazioni”. Quindi, prevede “ipotesi residuali in cui sarà possibile, ove titolari di una situazione giuridica qualificata, accedere ad atti e documenti per i quali è invece negato l'accesso generalizzato”.

L'Autorità, “considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso”, suggerisce alle amministrazioni ed ai soggetti tenuti all'applicazione del decreto trasparenza l'adozione, “anche nella forma di un regolamento interno sull'accesso, di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione”. La disciplina regolamentare dovrebbe prevedere: una parte dedicata alla disciplina dell'accesso documentale di cui alla legge 241/1990; una seconda parte dedicata alla disciplina dell'accesso civico “semplice” connesso agli obblighi di pubblicazione; una terza parte sull'accesso generalizzato.

Riguardo a quest'ultima sezione, l'ANAC consiglia di “disciplinare gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato”.

In sostanza, si tratterebbe di: individuare gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso generalizzato; disciplinare la procedura per la valutazione, caso per caso, delle richieste di accesso.

In attuazione di quanto sopra, è volontà di questa amministrazione dotarsi di un regolamento per la disciplina delle diverse forme di accesso entro il 31/12/2023.

In data 18/10/2022 è stata approvata l'istruzione operativa per l'accesso al diario clinico dei residenti che determina le specifiche misure organizzative per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti socio sanitari dell'ISACC, limitatamente agli atti inerenti e conseguenti alla propria attività, in conformità alle disposizioni contenute nella L. 241/1990 e ss.mm.ii.

Inoltre, l'Autorità, “al fine di rafforzare il coordinamento dei comportamenti sulle richieste di accesso” invita le amministrazioni “ad adottare anche adeguate soluzioni organizzative”. Quindi suggerisce “la concentrazione della competenza a decidere sulle richieste di accesso in un unico ufficio (dotato di risorse professionali adeguate, che si specializzano nel tempo, accumulando know how ed esperienza), che, ai fini istruttori, dialoga con gli uffici che detengono i dati richiesti” (ANAC deliberazione 1309/2016 paragrafi 3.1 e 3.2).

Oltre a suggerire l'approvazione di un nuovo regolamento, l'Autorità propone il “registro delle richieste di accesso presentate” da istituire presso ogni amministrazione. Questo perché l'ANAC svolge il monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni in merito alle domande di accesso generalizzato. A tal fine raccomanda la realizzazione di una raccolta organizzata delle richieste di accesso, “cd. registro degli accessi”, che le amministrazioni “è auspicabile pubblicino sui propri siti”. Il registro dovrebbe contenere l'elenco delle richieste con oggetto e data, relativo esito e indicazione della data della decisione. Il registro è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, e tenuto aggiornato almeno ogni sei mesi in “amministrazione

trasparente”, “altri contenuti – accesso civico”. Secondo l’ANAC, “oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l’Autorità intende svolgere sull’accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi può essere utile per le pubbliche amministrazioni che in questo modo rendono noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l’accesso in una logica di semplificazione delle attività”.

1.3. TRASPARENZA E PRIVACY

Laddove la pubblicazione on line di dati, informazioni e documenti comporti un trattamento di dati personali, devono essere opportunamente temperate le esigenze di trasparenza e di pubblicità con la protezione dei dati delle persone fisiche come previsto dal Regolamento europeo 2016/679.

I due principi che governano la disciplina della pubblicazione sono la “temporaneità” e la “selezionabilità”. Con riferimento al primo assioma, l’articolo 8, comma 3, del D. Lgs. 33/2013, così come modificato dall’articolo 8 del D. Lgs. 97/2016 afferma: “i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell’anno successivo a quello da cui decorre l’obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorso detto termine, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell’articolo 5”. Tale principio è stato ribadito anche con deliberazione dello stesso Garante per la protezione dei dati personali, 15 maggio 2014, n. 243, con le seguenti parole: “trascorsi i predetti periodi di tempo previsti dalla normativa di settore o, in mancanza, dall’amministrazione, determinate notizie, documenti o sezioni del sito devono essere rimossi dal sito web oppure devono essere privati degli elementi identificativi degli interessati e delle altre informazioni che possono consentire l’identificazione”.

L’altro principio cardine riguardante la selezionabilità dei dati nella pubblicazione, si basa sull’assunto secondo cui “se l’amministrazione riscontra l’esistenza di un obbligo normativo che impone la pubblicazione dell’atto o del documento nel proprio sito web è necessario selezionare i dati personali da inserire in tali atti e documenti, verificando, caso per caso, se ricorrono i presupposti per l’oscuramento di determinate informazioni”. Tutto ciò dev’essere letto alla luce di quanto disposto dall’articolo 25 del Regolamento europeo 2016/679, ossia le P.A. sono tenute ad adottare “misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volte ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati, quali la minimizzazione”.

La pseudonimizzazione richiede che il trattamento sia effettuato in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l’utilizzo di informazioni aggiuntive; queste ultime dovranno essere conservate separatamente e soggette a misure intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti ad una persona fisica identificata o identificabile. La pseudonimizzazione è quindi quel procedimento con il quale s’impedisce di identificare un individuo attraverso i suoi dati.

La minimizzazione è tesa invece a garantire che siano trattati, per impostazione predefinita, solo i dati personali necessari per ogni specifica finalità del trattamento e di conseguenza anche i

soggetti pubblici sono tenuti a ridurre al minimo l'utilizzazione di dati personali; ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera c), del GDPR, infatti "i dati personali sono adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»)".

Con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione on line di "documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni" per finalità di trasparenza, è bene precisare che questi hanno lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche; tuttavia anche in questi casi devono essere rispettati i principi e la disciplina di protezione dei dati personali, come peraltro previsto dall'art. 1, comma 2, e dall'articolo 2, comma 1, del D.lgs. 33/2013 secondo cui la libertà di accesso avviene sempre "nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti". Quest'esplicitazione "serve a ribadire l'esigenza di evitare assolutizzazioni della stessa trasparenza, che va sempre posta in equilibrato bilanciamento con altri interessi meritevoli di tutela".

In ogni caso, laddove l'ente riscontrerà l'esistenza di un obbligo normativo che imponga la pubblicazione dell'atto o del documento nel proprio sito web istituzionale selezionerà i dati personali da inserire in tali atti e documenti, verificando, caso per caso, se ricorrono i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni, alla luce di alcuni principi, fra cui pertinenza (e non eccedenza) nel trattamento dei dati.

1.4. COMUNICAZIONE

Per assicurare che la trasparenza sia sostanziale ed effettiva non è sufficiente provvedere alla pubblicazione di tutti gli atti ed i provvedimenti previsti dalla normativa, ma occorre semplificarne il linguaggio, rimodulandolo in funzione della trasparenza e della piena comprensibilità del contenuto dei documenti da parte di chiunque e non solo degli addetti ai lavori. È necessario utilizzare un linguaggio semplice, elementare, evitando per quanto possibile espressioni burocratiche, abbreviazioni e tecnicismi dando applicazione alle direttive emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica negli anni 2002 e 2005 in tema di semplificazione del linguaggio delle pubbliche amministrazioni.

Il sito web dell'ente è il mezzo primario di comunicazione, il più accessibile ed il meno oneroso, attraverso il quale l'amministrazione garantisce un'informazione circa il suo operato, pubblicizza e consente l'accesso ai propri servizi. Ai fini dell'applicazione dei principi di trasparenza e integrità, l'ente ha da tempo realizzato un sito internet istituzionale costantemente aggiornato.

La legge 69/2009 riconosce l'effetto di "pubblicità legale" soltanto alle pubblicazioni effettuate sui siti informatici delle pubbliche amministrazioni. L'art. 32 della suddetta legge dispone che "a far data dal 1° gennaio 2010, gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale si intendono assolti con la pubblicazione nei propri siti informatici da parte delle amministrazioni e degli enti pubblici obbligati". L'amministrazione ha adempiuto al dettato normativo sin dal 1° gennaio 2010: l'albo pretorio è esclusivamente informatico. Il relativo link è ben indicato nella home page del sito istituzionale. Come deliberato dall'Autorità nazionale anticorruzione, per gli atti soggetti a pubblicità legale all'albo on line,

rimane invariato anche l'obbligo di pubblicazione in "Amministrazione trasparente" qualora previsto dalla norma. L'ente è munito di posta elettronica certificata. Sul sito web, nella home page, è riportato l'indirizzo PEC istituzionale. Nelle sezioni dedicate alle ripartizioni organizzative sono indicati gli indirizzi di posta elettronica ordinaria di ciascun ufficio, nonché gli altri consueti recapiti (telefono, e-mail, ecc.)

Documenti allegati

PREMESSA

All'interno del sito web istituzionale è presente la sezione "Richiesta Atti", in cui ciascun utente può presentare domanda, tramite compilazione manuale o digitale, di accesso civico generalizzato, accesso civico semplice o accesso documentale. Ogni sottosezione, per assicurare la massima trasparenza, spiega cos'è quella particolare tipologia di accesso, a chi si rivolge, quali sono i relativi costi e vincoli.

***RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO SEMPLICE
per mancata pubblicazione o pubblicazione parziale
ai sensi Artt. 5 e 43, c. 4 del D.Lgs. n. 33/2013***

**A Istituto Servizi Assistenziali Cima
Colbacchini**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Stato Nascita (per i nati all'estero) _____
residente a _____ Prov. _____ CAP _____
via/piazza _____ n. _____
cod. fisc. _____ tel. _____
e-mail _____

C H I E D E

nella propria qualità di soggetto avente diritto all'accesso del seguente: (SELEZIONARE UN' ALTERNATIVA)

documento dato informazione

Estremi che ne consentono l'individuazione:

CHIEDE INOLTRE

- la pubblicazione sul sito dell' Ente di quanto segnalato e di riceverlo all'indirizzo mail sopra indicato

- di ricevere comunicazione dell'avvenuta pubblicazione sul sito istituzionale dell' Ente di quanto segnalato con contestuale indicazione del collegamento ipertestuale al fine di poterlo consultare direttamente

Qualora quanto richiesto risulti già pubblicato, si chiede di comunicare il relativo collegamento ipertestuale.

Ai fini della presente istanza si precisa che:

- il documento richiesto rientra nelle pubblicazioni obbligatorie di legge ai sensi dell'art. 5, primo comma, D.Lgs. n. 33/2013;
- la richiesta di accesso civico non deve essere motivata ai sensi dell'art. 5, co. 2, D.Lgs. n. 33/2013 e che non è sottoposta a vincoli di legittimazione soggettiva;
- la richiesta di accesso civico è completamente gratuita;

RICHIESTA di ACCESSO agli ATTI AMMINISTRATIVI
Legge n. 241/1990 e s.m.i. e D.P.R. n. 184/2006

**A Istituto Servizi Assistenziali Cima
Colbacchini**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Stato Nascita (per i nati all'estero) _____
residente a _____ Prov. _____ CAP _____
via/piazza _____ n. _____
cod. fisc. _____
tel. _____ fax _____
e-mail _____

Documento d'identità:

tipo _____ n. _____ valido fino al _____

in proprio/diretto interessato: (Se "diretto interessato" specificare titolo)

Dichiara sotto la propria responsabilità personale (Artt. 46 e 47 DPR 28/12/2000 N. 445)

in qualità di:

Legale rappresentante

Amministratore di Sostegno

Curatore di

Genitore

Erede Legittimo (indicare il grado di parentela)

Erede Testamentario (testamento pubblicato a cura del Notaio Dott.)

Rappresentante di un ente portatore di interessi pubblici o diffusi

(specificare il titolo che individua l'ente come tale)

CHIEDE

di prendere visione

di ottenere copia in carta semplice

di ottenere copia su supporto informatico

RICHIESTA di ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO
Art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n. 97/2016
Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso e gli obblighi di pubblicità,
trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni

**A Istituto Servizi Assistenziali Cima
Colbacchini**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
Stato Nascita (per i nati all'estero) _____
residente a _____ Prov. _____ CAP _____
via/piazza _____ n. _____
cod. fisc. _____ tel. _____
e-mail _____

CHIEDE

Di poter esercitare il diritto di accesso civico generalizzato con riferimento al/ai seguente/seguinti:

documento

informazioni

dato

DICHIARA

di conoscere le sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";

di essere consapevole che in presenza di controinteressati (persone che potrebbero vedere lesa la propria riservatezza) l'Ente, ai sensi dell'art.5 comma 5 del D.Lgs. 33/2013, è tenuto a dare comunicazione della presente richiesta agli stessi i quali possono farne motivata opposizione entro 10 gg.

DICHIARA INOLTRE

— di voler ricevere quanto richiesto, recandosi personalmente presso l'Ufficio, indicato successivamente
— dall' Ente, che detiene i dati, i documenti o le informazioni interessate;

di voler ricevere quanto richiesto, al seguente indirizzo di posta elettronica:

che gli atti siano inviati per posta al seguente indirizzo:

Località _____ Prov. _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.

Qualora quanto richiesto risulti già pubblicato si chiede di comunicare il relativo collegamento ipertestuale.

Modello per la segnalazione di condotte illecite (Whistleblower)

I dipendenti e i collaboratori che intendono segnalare situazioni di illecito (fatti di corruzione ed altri reati contro la pubblica amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi) di cui sono venuti a conoscenza nell'amministrazione debbono utilizzare questo modello. Si rammenta che l'ordinamento tutela i dipendenti che effettuano la segnalazione di illecito. In particolare, la legge e il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) prevedono che:

l'amministrazione ha l'obbligo di predisporre dei sistemi di tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante;

l'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione. Nel procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, a meno che la sua conoscenza non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato; la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241;

il denunciante che ritiene di essere stato discriminato nel lavoro a causa della denuncia, può segnalare (anche attraverso il sindacato)

all'Ispettorato della funzione pubblica i fatti di discriminazione.

Nome e cognome segnalante	
Qualifica o posizione professionale	
Sede di servizio	
Recapito telefonico	
Data/periodo in cui si è verificato il fatto gg/mm/aaaa	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto	<input type="checkbox"/> Ufficio (indicare denominazione e indirizzo della struttura)
	<input type="checkbox"/> All'esterno dell'ufficio (indicare luogo e indirizzo)
Ritengo che le azioni od omissioni commesse o tentate siano (la segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che	<input type="checkbox"/> Penalmente rilevanti; <input type="checkbox"/> poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;

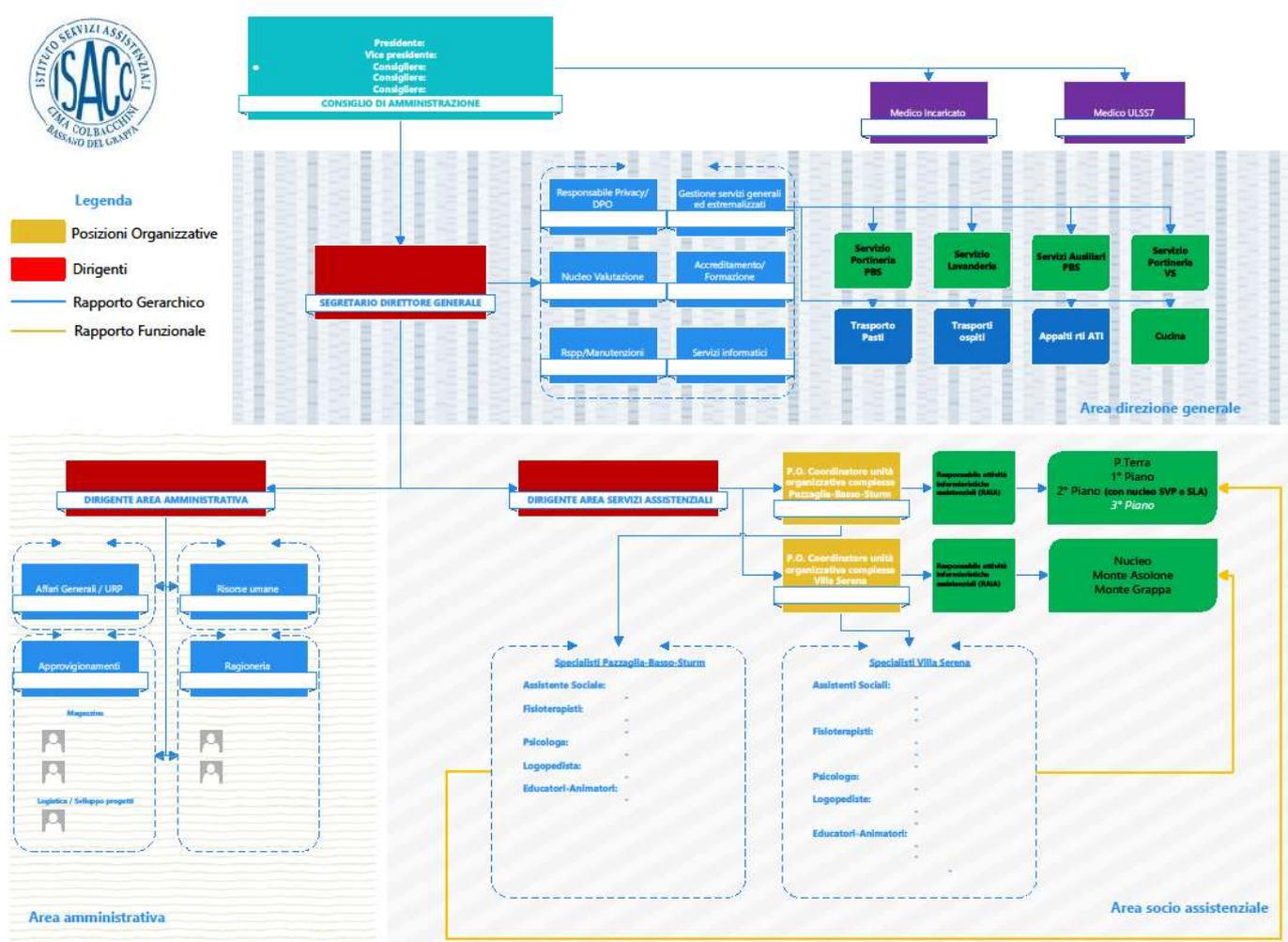
<p>attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento al servizio competente per il personale e al Comitato Unico di Garanzia)</p>	<p><input type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;</p> <p><input type="checkbox"/> suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'amministrazione;</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare)</p>
<p>Descrizione del fatto (condotta ed evento)</p>	
<p>Autore/i del fatto (indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione)</p>	
<p>Altri eventuali soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo (indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione)</p>	
<p>Eventuali allegati a sostegno della segnalazione</p>	

3. SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Nella presente sezione vengono illustrate la struttura organizzativa e le attività svolte dall'ISACC in termini, in particolare, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa è rappresentata dal seguente organigramma:



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il POLA, considerando la specificità dell'area in cui opera la struttura, è in fase di definizione.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

L'Ente ha attualmente un organico di circa 203 dipendenti, a tempo indeterminato, distribuiti per categorie secondo il sistema di classificazione del personale stabilito dal CCNL di riferimento. Ai dipendenti dell'ISACC, si aggiungono i lavoratori con contratto di lavoro in somministrazione, i lavoratori del servizio socio - sanitario appaltato, nonché alcuni infermieri in rapporto di libera professione.

Nel prospetto che segue aggiornato al 29/11/2022 viene evidenziata la distribuzione del personale dipendente, ovvero la dotazione organica dell'Ente.

TABELLA DOTAZIONE ORGANICA 2023

	PROFILO PROFESSIONALE (vecchia classificazione)	AREA	TEMPO DEL LAVORO	N. POSTI ATTUALI	PREVISIONE CESSAZIONI	POSTI AGGIUNTI ALLA DOTAZ.	NUMERO POSTI Dotazione organica definitiva
	Dirigente	Dirigente	100%	2			2
	SETTORE AMMINISTRATIVO						
	Istruttore Direttivo	FUNZIONARI	100%	3			3
	Istruttore Direttivo	FUNZIONARI	83%	1			1
	Istruttore amministrativo	ISTRUTTORI	100%	2			2
	Istruttore amministrativo	ISTRUTTORI	50%	1			1
	Istruttore amministrativo	ISTRUTTORI	83%	1			1
	Collaboratori Amministrativi	OP. ESPERTI	100%	2	1		1
	STAFF						
	Istruttore Informatico	ISTRUTTORI	100%	1			1
	Autista manutentore	OP. ESPERTI	100%	3	1		2
	Esecutore informatico	OP. ESPERTI	100%	1			1
	SETTORE SOCIO ASSISTENZIALE						
	Coordinatore	FUNZIONARI	100%	3			3
	Coordinatore	ISTRUTTORI	100%	1			1
	Assistente Sociale	FUNZIONARI	100%	2			2
	Assistente Sociale	FUNZIONARI	83%	1			1
	Psicologo	FUNZIONARI	100%	2			2
	Educatore Professionale Animatore	FUNZIONARI	100%	3			3
	Fisioterapista	FUNZIONARI	100%	2			2
	Fisioterapista	FUNZIONARI	50%	3			3
	Logopedista	FUNZIONARI	100%	1			1
	Logopedista	FUNZIONARI	50%	1			1
	Infermieri - RAIA	FUNZIONARI	100%	3	1		2
	Infermieri	FUNZIONARI	100%	14	1		13
	Infermieri	FUNZIONARI	50%	1			1
	Collaboratore Socio Assistenziale	OP. ESPERTI	100%	1	1		-
	Vice Capo Cuoco	OP. ESPERTI	100%	1	1		-
	Aiuto cuoco	OP. ESPERTI	100%	1			1
	Operatori Socio Sanitari	OP. ESPERTI	100%	89	4		85
	Operatori Socio Sanitari	OP. ESPERTI	83%	2			2
	Operatori Socio Sanitari	OP. ESPERTI	66%	4			4
	Operatori Socio Sanitari	OP. ESPERTI	50%	29	2		27
	Portineria Centralinista*	OP. ESPERTI	100%	4	1		3
	Portineria Centralinista*	OP. ESPERTI	50%	1			1
	Portineria Centralinista	OPERATORI	100%	1			1
	Addetti Guardaroba Lavanderia *	OP. ESPERTI	100%	1	1		-
	Addetti Guardaroba Lavanderia	OPERATORI	100%	2	1		1
	Ausiliari Servizi Generali*	OP. ESPERTI	83%	1			1
	Ausiliari Servizi Generali	OPERATORI	100%	2			2
	Ausiliari Servizi Generali	OPERATORI	83%	1			1
	Ausiliari Servizi Generali	OPERATORI	50%	2			2
	Totale			196	15	-	181

La programmazione strategica delle risorse umane avviene attraverso il Piano triennale del fabbisogno che si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente con essa, è finalizzato al miglioramento dei servizi offerti. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali si può ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi agli utenti. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

Per l'anno 2023, si prevede l'assunzione di personale a tempo determinato per sopperire ad eventuali assenze prolungate.

2.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nel corso del 2022 al personale dipendente è stata somministrata attività formativa per complessive 2072 ore. Per l'anno 2023, il Piano della Formazione risulta essere il seguente:



PIANO DELLA FORMAZIONE ANNO 2023

INDICE

Premessa

1. *Principi*
2. *Referenti*
3. *Destinatari*
4. *Contesto Organizzativo e risorse finanziarie*
5. *Fasi del Ciclo delle Formazione*
6. *Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi*
7. *Progettazione e metodologie di supporto*
8. *Erogazione e gestione*
9. *Monitoraggio e valutazione*
10. *Obiettivi formativi*
11. *Progetto strategico*
12. *Diffusione delle informazioni*
13. *Programmazione degli interventi formativi*
14. *Trasferimento e condivisione delle conoscenze acquisite*
15. *Conclusione*

Premessa

Nell'ambito della gestione del personale, le pubbliche amministrazioni sono tenute a programmare l'attività formativa, al fine di garantire l'accrescimento e l'aggiornamento professionale e disporre delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento dei servizi. Gli stessi articoli 54 del CCNL 16/11/2022 Comparto Funzioni Locali e 51 del CCNL Area Funzioni Locali 17/12/2020 evidenziano il ruolo decisivo e primario della formazione nelle strategie di cambiamento dirette a conseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'attività delle amministrazioni.

Il contesto in cui viviamo è caratterizzato da continui cambiamenti normativi, tecnologici ed organizzativi. La sfida che abbiamo di fronte, al fine di poter superare al meglio i riflessi lasciati dalla pandemia, è quella di saper interpretare i mutamenti in corso, trasformandoli in opportunità di crescita e sviluppo.

Di conseguenza, la Formazione:

- è opportunità e strumento di crescita professionale dell'individuo;
- svolge un ruolo fondamentale nello stimolare la motivazione dei dipendenti e nel favorire lo sviluppo delle capacità progettuali;
- contribuisce all'esplicitarsi di comportamenti innovativi ed al conseguente innalzamento dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi erogati.

Affinché i benefici effetti della Formazione si producano è fondamentale programmare la formazione, il che richiede pianificazione, analisi, monitoraggio e valutazione dei risultati.

Tutto ciò implica che l'amministrazione assicuri a tutti i dipendenti percorsi formativi in linea con le loro esigenze professionali e che, ciascun dipendente vi partecipi.

Il presente Piano della Formazione illustra questo reciproco impegno tra amministrazione e dipendenti e descrive l'attività che l'ISACC intraprenderà al fine di dare risposta, in termini quantitativi e qualitativi, ai fabbisogni formativi dei dipendenti.

Il Piano della Formazione, oltre che a porsi come un documento formale e programmatico, dovrà essere anche "flessibile", costantemente monitorato ed aggiornato rispetto a nuove e prioritarie necessità sia professionali che organizzative, in coerenza con le evoluzioni del contesto e gli obiettivi dell'Amministrazione.

Il Piano della Formazione 2023 è stato realizzato considerando i fabbisogni formativi derivanti da tre fonti: il rispetto degli obblighi di legge; le strategie e gli obiettivi fissati dal Consiglio di Amministrazione (C.d.A) e dalla Direzione della struttura; i bisogni formativi espressi dai singoli individui che collaborano al raggiungimento degli obiettivi dell'Ente. Inoltre, hanno collaborato alla stesura del presente Piano, il Dirigente Area Socio Assistenziali, i Coordinatori, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, l'Ufficio Risorse Umane e il Direttore Generale. Si tratta di un lavoro condiviso e frutto di un approfondito dialogo, in quanto tali soggetti hanno fornito le linee guida per garantire ai lavoratori una formazione continua, efficace e coerente con gli obiettivi e le strategie dell'Amministrazione stessa.

Pertanto, per allineare le proposte formative del Piano della Formazione alla vision dell'Ente state individuate le seguenti parole chiave che identificano ciascun percorso:

- Formazione continua
- Formazione tecnico – specialistica
- Formazione obbligatoria

- Formazione d'ingresso
- Trasformazione digitale
- Benessere organizzativo e della persona

Tale Piano costituisce, quindi, una prima versione che sarà soggetta a costanti modifiche, revisioni ed integrazioni. Si tratta, infatti, di un materiale documentale flessibile che deve adattarsi necessariamente agli eventuali cambiamenti conseguenti a riforme normative, organizzative, tecnologiche e gestionali. Tutte le indicazioni contenute nelle varie sezioni del presente lavoro dovranno essere quindi rivalutate in modo costante anche in relazione alla specificità del contesto attuale.

La formazione è un processo ciclico di maturazione professionale che include: le conoscenze (il sapere), le abilità (il saper fare) e gli atteggiamenti mentali (il saper essere).

1. PRINCIPI

La formazione all'interno dell'I.S.A.C.C. si ispira ai seguenti principi:

- valorizzazione del personale: la formazione quale strumento di sviluppo delle competenze del personale si pone come scopo ultimo la valorizzazione dei dipendenti intesi quali risorse strategiche dell'Ente;
- continuità: la formazione deve essere intesa quale metodo permanente per assicurare il costante adeguamento delle competenze professionali dei dipendenti;
- uguaglianza e pari opportunità: la formazione viene progettata ed offerta a tutti i dipendenti in relazione alle effettive esigenze formative e professionali rilevate;
- partecipazione: il processo di formazione deve prevedere momenti e modalità di coinvolgimento dei dipendenti nelle diverse sue fasi: rilevazione dei fabbisogni formativi, feedback sui corsi (gradimento), raccolta di proposte di miglioramento, segnalazioni;
- condivisione: la programmazione dell'offerta formativa viene condivisa con le varie figure preposte;
- adeguatezza: i corsi di formazione devono essere progettati sulla base delle esigenze formative proprie rispetto alle professionalità dei dipendenti ed agli obiettivi dell'Ente, garantendo un corretto equilibrio tra la formazione trasversale e quella specialistica/di settore, tra l'aggiornamento e la formazione per lo sviluppo professionale;
- efficacia: la formazione deve essere costantemente monitorata e valutata anche con riguardo agli esiti della stessa in termini di gradimento, di impatto sul lavoro, ecc.;
- efficienza: la formazione dev'essere erogata anche sulla base di un'attenta valutazione e ponderazione tra qualità della formazione offerta e costo della stessa.

2. REFERENTI

La scelta dell'I.S.A.C.C. è stata quella di creare un ufficio dedicato alla Formazione in modo da coniugare la formazione con i temi dell'organizzazione e della qualità e di sviluppare un sistema più strutturato con l'obiettivo di ottimizzare la formazione stessa. Tale ufficio si interfacerà con il Dirigente Area Socio-Assistenziale, i Coordinatori, l'Ufficio Risorse Umane e con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione al fine di rilevare i bisogni formativi dei dipendenti e di pianificare

le necessarie attività. Nello specifico, vengono svolte dall'Ufficio Formazione le seguenti funzioni e quant'altro connesso e consequenziale:

- supporto alla programmazione e alla gestione dei corsi di formazione;
- predisposizione del piano di formazione;
- pianificazione, attivazione e gestione dei corsi di formazione destinati ai vari servizi;
- coordinamento, monitoraggio e valutazione dei processi formativi;
- raccolta delle candidature/adesioni ai corsi;
- raccolta e corretta conservazione del fascicolo formativo di ciascun dipendente.

3. DESTINATARI

I soggetti destinatari della formazione possono essere identificati, riguardo alla posizione giuridica di inquadramento contrattuale, nelle seguenti categorie:

- personale appartenente all'area dirigenziale;
- personale appartenente alle aree funzionali.

Oltre ad essere i destinatari del servizio, i dipendenti vengono coinvolti in un processo partecipativo che prevede i seguenti impegni:

- segnalare eventuali esigenze formative individuali sia settoriali che trasversali;
- comunicare tempestivamente eventuali impedimenti a partecipare alle iniziative cui si è iscritti;
- partecipare alle iniziative rispettando gli orari previsti;
- compilare l'eventuale questionario di gradimento al termine dell'iniziativa formativa;
- segnalare eventuali criticità al referente della formazione, in merito ai temi o alle modalità di organizzazione delle iniziative.

4. CONTESTO ORGANIZZATIVO e RISORSE FINANZIARIE

L'ISACC di Bassano del Grappa, ha una dotazione organica di 203 unità (situazione al 29/11/2022 soggetta a possibili variazioni per motivi di contingenza). La complessa organizzazione dell'Ente prevede l'interazione tra differenti figure professionali al fine di offrire un servizio di cura e supporto personalizzato a ciascun residente. Qui di seguito, vengono passate brevemente in rassegna tutte le risorse umane interne che concorrono all'interno dell'organizzazione. Il personale risulta così suddiviso:

<i>Unità di personale per servizio</i>	<i>Dirigenti</i>	<i>Funzionari EQ</i>	<i>Istruttori</i>	<i>Operatori esperti</i>	<i>Operatori</i>	<i>Totale</i>
<i>Area amministrativa</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>2</i>		<i>12</i>
<i>Area di staff</i>			<i>1</i>	<i>4</i>		<i>5</i>
<i>Area socio assistenziale</i>	<i>1</i>	<i>11</i>	<i>29</i>	<i>137</i>	<i>8</i>	<i>186</i>

Le risorse finanziarie a disposizione dell'anno 2023 (quota annua non inferiore all'1% monte salari personale dipendente e dirigente) vengono così distinte:

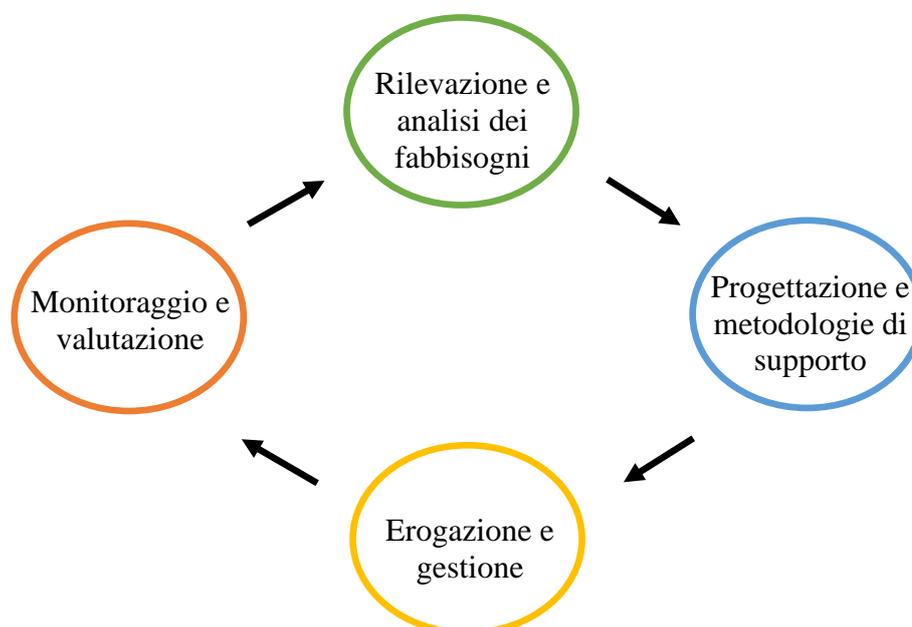
<i>Anno 2023</i>	
BUDGET TOTALE DIPENDENTI € 53.280,00	
BUDGET TOTALE DIRIGENTI € 2.450,00	
AREA/TEMATICA FORMATIVA	RISORSE FINANZIARIE PREVISTE
Giuridico - normativa	€ 5.000,00
Organizzativa	€ 3.000,00
Manageriale	€ 2.450,00
Comunicazione	€ 3.000,00
Economico – finanziaria	€ 1.000,00
Informatica e telematica	€ 3.000,00
Innovazione - trasparenza	€ 1.000,00
Tecnico specialistica	€ 12.280,00
Formazione obbligatoria	€ 25.000,00
Totale complessivo	€ 55.730,00

Si sottolinea che il numero dei potenziali destinatari delle varie attività formative e la relativa spesa, come sopra indicata, devono intendersi come meramente presuntivi e suscettibili di successive variazioni in funzione del raggiungimento degli obiettivi del Piano della Formazione.

5. FASI DEL CICLO DELLA FORMAZIONE

Il “ciclo della formazione” risulta scomponibile in quattro fasi:

- rilevazione e analisi dei fabbisogni;
- progettazione e metodologie di supporto;
- erogazione e gestione;
- monitoraggio e valutazione.



6. RILEVAZIONE E ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI

Il Piano della Formazione necessita di una fase preliminare di analisi dei bisogni formativi da compiere prestando attenzione contemporaneamente alle esigenze dei dipendenti e a quelle dell'organizzazione. In questa circostanza è particolarmente importante il coinvolgimento di tutte le parti interessate.

Questo poiché la partecipazione attiva e la motivazione di tutti i dipendenti sono presupposto indispensabile per cambiare i valori e le culture di riferimento così come per aumentare le competenze tecnico-specialistiche necessarie a qualificare il servizio offerto all'utente.

La rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi sono state effettuate ad inizio 2022, sottoponendo a tutti i dipendenti un questionario di raccolta del fabbisogno formativo. Si riepilogano di seguito i risultati:

Tabella 1 – Numero partecipanti questionario

87

Tabella 2 – Risultati rilevazione fabbisogno

<i>Area</i>	<i>Numero richiedenti</i>
Giuridica normativa	
Aggiornamento su normativa contratti pubblici	6
Aggiornamento in materia di personale	3
La gestione dei dati sensibili	3
Accreditamento e autorizzazione	2
Gestione in passweb della posizione assicurativa dei dipendenti e relativi adempimenti pensionistici	1
Responsabilità civili e penali dell'OSS	1
Approfondimento normativa part-time	1
Organizzativa	
Il lavoro di cura: capire e comprendere le difficoltà per trasformarle in motivazione	29
La gestione dello stress e il benessere organizzativo	27
Benessere organizzativo - gestione dei conflitti interpersonali	26
L'importanza dell'intervento multidisciplinare all'interno di un centro servizi anziani	19

La gestione dei gruppi di lavoro	16
Assistere i residenti in tempo di pandemia	15
Prospettive assistenziali dopo la pandemia	13
Sviluppare la capacità di accoglienza nei confronti dei residenti	10
Affrontare i problemi di etica e deontologia	7
Project management	1
La leadership	1
Cura dell'ambiente dei nuclei degenza	1
Gestione delle demenze	1
Manageriale	
Il futuro del settore dei servizi alla persona	16
Lean management	1
Comunicazione	
La comunicazione nei gruppi di lavoro	22
Comunicare in maniera efficiente con il residente e i suoi familiari	16
Economico finanziaria	
Aggiornamento in materia contabile e fiscale	3
Informatica e telematica	
Competenze digitali	8
Digitalizzazione dei processi	6
La telemedicina come strumento di integrazione con le strutture ULSS	1
Utilizzo Excel	1
Innovazione e trasparenza	
Utilizzare la creatività in ognuno di noi per individuare soluzioni efficaci	18
Sensibilizzazione tematiche relative alla trasparenza	1
Tecnico specialistica	
La gestione dei comportamenti speciali del residente	26
Dal "curare" al prendersi cura: cure palliative e di fine vita negli anziani istituzionalizzati	23
La gestione della biografia e dell'autobiografia del residente	12
Gestione della documentazione: ruoli,	10

responsabilità e modalità operative	
Utilizzo della nuova Cartella Clinica	9
Le disposizioni anticipate di trattamento	7
Gli strumenti di valutazione dell'Infermiere	4
Inglese basilare in campo assistenziale e informatico	2
Tecniche corrette movimentazione carichi	2
Approccio ai disturbi comportamentali nelle demenze	1
Dieta e necessità alimentare dei residenti	1
Primo soccorso verso l'anziano in attesa dell'intervento dell'Infermiere: come e quando deve intervenire l'OSS	1
Prevenzione delle cadute dei residenti	1
Approfondimento Alzheimer	1
Gestione dei piani di lavoro in relazione alle esigenze dei residenti e degli operatori	1
Posture atte a evitare piaghe da pressione	1
Interventi su residenti in carrozzina nel caso di shock	1
Uso corretto dei teli di trasferimento paziente	1
Trasmissione malattie virali	1
Consapevolezza e utilizzo di tutti i prodotti sia per la cura che l'alimentazione che per lo smaltimento dei rifiuti	1
L'importanza dell'alimentazione e dell'idratazione nell'anziano diabetico, disfagico e non	1
La sessualità nell'anziano	1

- Argomenti proposti
- Argomenti richiesti

Alla raccolta dei dati, è seguita l'analisi di essi; fase svolta in condivisione con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ed il Responsabile Ufficio Risorse Umane, i Coordinatori, il Dirigente Area Socio – Assistenziale e il Direttore Generale, ed una programmazione dei corsi richiesti nel 2022 che si concluderà nel 2023.

Si assiste ad un bisogno sempre più urgente di coniugare saperi interdisciplinari e competenze diversificate all'interno dell'organizzazione. La complessità del contesto e la rapidità dei cambiamenti hanno reso sempre più urgente la necessità di creare nuovi percorsi e nuove competenze.

Le moderne IPAB sono organizzazioni complesse che producono ed erogano prodotti immateriali ad alto contenuto relazionale ed umano. Gli aspetti relazionali, organizzativi e di cura vengono avvertiti dai dipendenti come urgenti. La comunicazione efficace, empatica e trasparente (operatore-residente, operatore-operatore, operatore-altri professionisti) consentirebbe di valorizzare maggiormente il lavoro e la professionalità delle persone coinvolte dell'intera residenza.

Inoltre, il passaggio alla nuova Cartella Clinica, la diffusione di nuove tecnologie, nonché la crescente digitalizzazione di interi processi, ha fatto emergere la necessità di programmare nel prossimo triennio un corso di alfabetizzazione informatica.

Tuttavia, appare quanto mai urgente e necessario programmare corsi formativi e di aggiornamento che mirino ad approfondire non solo le tematiche socio-assistenziali, sanitarie e a valorizzare le competenze trasversali di ogni dipendente, ma anche a potenziare le conoscenze in materia di sicurezza e di gestione delle emergenze.

Pertanto, sulla base delle analisi fatte, risulta necessario organizzare la seguente formazione:

Primo Soccorso Aziendale	Formazione - 71 partecipanti
	Aggiornamento - 50 partecipanti
BLSD	Formazione - 3 partecipanti
	Aggiornamento - 11 partecipanti
Sicurezza sui luoghi di lavoro	Formazione rischio alto - 15 partecipanti
	Aggiornamento rischio alto - 114 partecipante
Antincendio	Formazione rischio alto - 25 partecipanti
	Aggiornamento rischio alto - 145 partecipanti
	Formazione rischio medio - 3 partecipanti
	Aggiornamento rischio medio - 8 partecipanti
Privacy	181

È possibile inoltre, che i Coordinatori, Dirigenti o Responsabili, sulla base di nuovi bisogni o obiettivi, individuino autonomamente gli interventi formativi specifici nelle proprie aree organizzative in relazione alle attività e ai ruoli professionali e definiscano gli obiettivi da raggiungere in merito a tali bisogni e suggeriscano o proponcano le necessarie azioni formative.

In ogni caso, il Piano Formativo è un documento aperto che viene costantemente aggiornato e integrato al mutare delle esigenze e degli obiettivi propri dell'Ente, in quanto possono essere inserite attività formative originariamente non previste ma ritenute necessarie a seguito di intervenute novità normative e/o organizzative.

Inoltre, anche in corso d'anno, sarà possibile per ogni dipendente inviare richiesta di partecipazione ad attività formativa almeno 15 giorni prima dell'evento formativo attraverso l'apposito modulo ("modulo richiesta partecipazione attività formativa"). Tale richiesta andrà trasmessa all'Ufficio Formazione e su di essa il Direttore Generale ed eventualmente il Coordinatore esprimeranno parere favorevole o meno. Di conseguenza, l'autorizzazione a partecipare ad un'attività formativa terrà conto dei seguenti elementi:

- pertinenza della formazione rispetto alla professione esercitata all'interno dell'I.S.A.C.C.
- disponibilità di budget
- rotazione fra più dipendenti.

In ogni caso verrà data priorità ai corsi ritenuti obbligatori dalla normativa vigente.

Sono poi possibili, previa autorizzazione e valutazione di pertinenza, attività formative gratuite al momento non specificatamente individuate quali, ad esempio corsi gratuiti fruiti in modalità classica in aula o su piattaforme dedicate.

Resta inteso che, anche nel caso della partecipazione ai corsi sopra indicati, i dipendenti interessati devono informarne il competente Ufficio Formazione al fine di consentire un costante monitoraggio sull'andamento dell'attività formativa dell'ente.

7. PROGETTAZIONE E METOLOGIE DI SUPPORTO

La progettazione delle attività formative, per essere efficace ed in grado di conseguire i risultati prefissi, dovrà soddisfare due esigenze primarie:

- essere sostenibile;
- essere strutturata "su misura".

I requisiti di sostenibilità e compatibilità andranno a costituire un permanente parametro di riferimento.

Il requisito della sostenibilità deve essere infatti soddisfatto affinché i percorsi formativi definiti possano essere effettivamente realizzati.

Il requisito della compatibilità dovrà, per parte sua, essere conseguito, perché la formazione opera come componente strategica della cultura del risultato e, quindi, in quanto tale, la sua progettazione dovrà essere al servizio del raggiungimento degli obiettivi di gestione dell'Ente.

L'uso di metodologie adeguate delle quali avvalersi per la programmazione e progettazione della formazione rappresenta, invece, un'attività necessaria e strettamente correlata al livello di partenza, ai bisogni da soddisfare e agli obiettivi da conseguire dell'Ente.

Nasce da qui l'esigenza di predisporre una proposta progettuale completa, facilmente illustrabile, condivisa e sostenuta dai destinatari, ovvero i protagonisti dei programmi formativi.

8. EROGAZIONE E GESTIONE

La formazione sarà erogata, ponendo particolare attenzione alle opportunità di utilizzo dello strumento di formazione a distanza (videoconferenza - e-learning), per agevolare la massima partecipazione del personale e rendere possibile un elevato livello di interattività nel processo di insegnamento/apprendimento.

L'accesso alle attività formative è consentito a tutti i dipendenti di questa Amministrazione senza distinzione di categoria, posizione economica o profilo professionale.

La priorità di ammissione del personale ai corsi risulterà dalla segnalazione del Responsabile che dovrà assicurare la più equa rotazione del personale, tenendo conto dell'attinenza della materia trattata con l'attività lavorativa del dipendente, della professionalità posseduta e della categoria di appartenenza.

Il personale che partecipa alle attività di formazione organizzate dall'Amministrazione è considerato in servizio a tutti gli effetti, di conseguenza formazione e aggiornamento sono riconosciuti come orario di lavoro.

La formazione costituisce un diritto-dovere per il personale.

La formazione, per essere riconosciuta, dev'essere inserita dal dipendente, entro il giorno successivo rispetto a quello in cui è avvenuta l'attività formativa all'interno del Portale Personale 2.0, nella sezione "anomalie", indicando l'ora di inizio e di fine del corso, selezionando il giustificativo "formazione" (se effettuata fuori l'orario di lavoro normalmente previsto) o "formazione in servizio" (qualora venga frequentata durante l'orario di lavoro) e inserendo nelle note il titolo del corso.

È inoltre essenziale che entro 15 giorni dalla conclusione dell'evento formativo venga trasmesso all'Ufficio Risorse Umane la fotocopia dell'attestato di partecipazione in modo che esso sia conservato all'interno del fascicolo personale di ciascuno.

9. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Al termine di ciascun anno sarà importante monitorare l'attività formativa svolta per avere un riscontro oggettivo ed eventualmente apportare i necessari correttivi per i successivi anni. Tale attività potrà essere svolta anche attraverso la somministrazione, al personale coinvolto, di appositi questionari.

Il monitoraggio deve essere finalizzato alla raccolta dei dati e all'organizzazione degli stessi, in considerazione degli obiettivi prefissati.

Gli oggetti di rilevazione, che saranno presi in considerazione, sono i tempi, le quantità e la qualità della formazione erogata.

- **Tempi:** è necessario conoscere tempestivamente lo stato di avanzamento del piano, ossia lo stato di attuazione del processo formativo. Il raffronto tra attività programmate e attività realizzate consente di definire il monitoraggio del grado di avanzamento del piano.

- **Quantità:** è importante misurare, relativamente ai singoli interventi formativi, le ore di formazione erogate, il numero dei destinatari di ogni percorso formativo, le ore di formazione per ogni singolo destinatario e per il numero totale dei destinatari.

- **Qualità:** a differenza dei costi, del tempo e delle quantità, la qualità è una dimensione immateriale, per la quale possono essere assunti, quali indici dell'efficacia dell'azione formativa, i livelli di gradimento, apprendimento e impatto sulla struttura. I dati delle valutazioni di gradimento da rilevare saranno: utilità percepita, didattica, organizzazione e servizi.

La valutazione è essenziale per una gestione efficace nel presente e nel futuro, in quanto permette di verificare gli esiti dell'azione condotta, nonché di comprendere le cause di eventuali scostamenti dagli obiettivi previsti e di sviluppare orientamenti efficaci per le future azioni.

Nell'ambito della formazione, la valutazione è volta ad osservare, analizzare, interpretare e giudicare aspetti rilevanti degli interventi formativi che riguardano tanto i destinatari, quanto l'Amministrazione.

I principali ambiti della valutazione della formazione sono legati tra di loro da un nesso di causa-effetto.

I principali ambiti della valutazione saranno i seguenti:

a) Valutazione di gradimento: il gradimento da parte dei destinatari costituisce un presupposto per l'apprendimento, che a sua volta può generare un impatto sul contesto lavorativo.

È importante, infatti, conoscere il punto di vista degli utenti per valutare l'efficienza dell'intervento, la qualità dell'offerta formativa e l'efficacia del percorso di insegnamento-apprendimento. La valutazione di gradimento può essere utilizzata tanto in itinere, quanto a conclusione del percorso formativo.

La metodologia si basa sull'individuazione degli aspetti qualitativi e organizzativi più rilevanti della formazione; ai soggetti coinvolti, cui si somministra solitamente un questionario strutturato, si chiede di esprimere un giudizio in termini di livello di gradimento della formazione espressa in "fattori della qualità".

I fattori di qualità del servizio formativo devono tener conto dell'utilità percepita, della didattica e dell'organizzazione e dei servizi accessori.

b) Valutazione dell'apprendimento: si sostanzia in "un'attività di riflessione sul cambiamento individuale".

In merito occorre distinguere quattro principali tipologie di valutazione:

- la valutazione d'ingresso o iniziale, finalizzata ad individuare i livelli di partenza, le competenze pregresse dei corsisti. La valutazione in ingresso consente di costruire corsi omogenei con riferimento alle competenze dei corsisti e permette ai docenti di calibrare i propri interventi sulle caratteristiche specifiche dell'utenza;

- la valutazione formativa o in itinere, finalizzata ad acquisire le informazioni necessarie per modificare o rendere più efficace il processo di insegnamento/apprendimento;

- la valutazione finale o sommativa, finalizzata a valutare l'efficacia didattica del corso, consentendo di individuare i punti di forza e di debolezza di un percorso didattico;

- l'autovalutazione, finalizzata a far valutare allo stesso destinatario l'efficacia del corso, in termini di competenze acquisite rispetto alla situazione di partenza.

La valutazione dell'apprendimento viene generalmente effettuata dai docenti o dal coordinatore del corso e rientra nei compiti propri di queste figure.

c) Valutazione di impatto: questo tipo di valutazione mira a valutare i cambiamenti/miglioramenti verificatisi a livello organizzativo.

I tre tipi di valutazione possono essere indagati attraverso interviste individuali o di gruppo oppure attraverso questionari ad hoc per saggiare opinioni e percezioni.

Pertanto, si propone a decorrere dall'anno 2022, la predisposizione di un modulo relativo alla valutazione dell'attività formativa frequentata, da sottoporre al dipendente. tutto ciò al fine di garantire una sempre più efficace scelta dei formatori a cui affidare l'erogazione dell'attività formativa.

10. OBIETTIVI FORMATIVI

Il Piano della Formazione viene predisposto sulla base di quanto scaturito dall'attività di rilevazione dei fabbisogni formativi, per rispondere in modo efficace ai bisogni di conoscenza e competenza del personale dipendente derivanti da:

- innovazioni normative;
- esigenze di miglioramento gestionale;
- esigenze di innovazione tecnologica e strumentale;
- cambiamenti organizzativi;
- problematiche nella gestione degli adempimenti amministrativi;
- esiti della valutazione del personale;
- esiti dell'analisi sul benessere organizzativo;
- formazione obbligatoria.

Gli obiettivi formativi riguardano le competenze riconosciute come indispensabili per esercitare adeguatamente i diversi ruoli all'interno dell'I.S.A.C.C. e migliorare la qualità del servizio erogato. Pertanto, oltre agli obblighi normativi relativi a sicurezza e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, sono stati identificati i seguenti obiettivi formativi:

- Formazione/aggiornamento continuo sulle procedure interne approvate;
- Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali, viste come componente fondamentale della professionalità, necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali e i rapporti con gli interlocutori esterni;
- Garantire un aggiornamento adeguato e costante per assicurare una corretta applicazione della normativa in continua evoluzione;
- Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza;
- Migliorare e diffondere una cultura in tema privacy per rendere i soggetti incaricati consapevoli dei trattamenti di dati personali che svolgono quotidianamente;
- Sviluppare una maggior attenzione e prevenzione di disturbi fisici a cui alcune figure/mansioni possono andare incontro, diffondendo una cultura della conoscenza e della precauzione;
- Migliorare l'utilizzo di alcuni degli attuali software in uso e le conseguenti attività lavorative che vi ruotano attorno.

11. DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI

La diffusione delle informazioni riguardanti il Piano Formativo, viene garantita dall'Ufficio Formazione attraverso la pubblicazione del documento deliberato dall'Amministrazione sul Portale Personale, per la visualizzazione da parte di tutti i dipendenti.

12. PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

Il Piano Formativo è impostato secondo uno schema flessibile. I bisogni formativi segnalati, acquisiti all'esito delle attività di rilevazione, sono soggetti al continuo monitoraggio ed aggiornamento.

Nell'ottica di economizzare le risorse disponibili si potranno attuare diverse modalità di realizzazione degli interventi formativi.

13. TRASFERIMENTO E CONDIVISIONE DELLE CONOSCENZE ACQUISITE

All'interno della formazione è quanto mai importante prendere in considerazione anche ulteriori sottocategorie che vanno a dare una visione d'insieme più organica ed esaustiva: trasferibilità del know how, flessibilità, multidisciplinarietà, collaborazione, vissuto esperienziale, metodo di lavoro strategico, disseminazione della conoscenza, contaminazione tra saperi. La formazione dovrà essere calibrata per rispondere alle esigenze di contesto emergenti e, al tempo stesso, dovrà mirare a fornire soluzioni rapide ed efficaci all'organizzazione oltre che coinvolgere il maggiore numero di utenti. La partecipazione ad un evento formativo e l'acquisizione di nuova conoscenza da parte del dipendente sono il solo punto di partenza. Il momento più complesso e articolato avviene durante la fase di trasferimento e applicazione pratica delle conoscenze acquisite all'interno delle attività e dei processi operativi aziendali. In tale scenario, si ravvisa la necessità di creare dei gruppi di lavoro multidisciplinari interni per favorire lo scambio di conoscenze e la disseminazione delle nozioni (teorico/pratiche) apprese durante le attività formative. Pertanto, sarà messo a disposizione il "modulo restituzione attività formativa svolta", attraverso cui il dipendente potrà condividere con gli altri colleghi i contenuti formativi appresi.

Si rinnova l'attenzione anche verso la necessità di pianificare delle riunioni periodiche strutturate tra pari al fine di incentivare l'attivazione di nuovi processi orientati allo scambio di visioni, informazioni e alla condivisione di saperi.

14. CONCLUSIONE

L'efficacia della formazione non si misura solo dal coinvolgimento di un numero significativo di dipendenti o dal loro gradimento della formazione. Essa, infatti, risulta anche dalla sua capacità di favorire percorsi di miglioramento, aprendo così la strada al cambiamento organizzativo.

In tale ottica, assume un grande significato la motivazione che spinge i dipendenti a partecipare "attivamente" alla formazione.

La percezione, infatti, che i dipendenti hanno della formazione è un fattore decisivo di successo. Se le persone vedono nella formazione un'occasione utile a migliorare non solo le proprie capacità, ma utile anche a migliorare la comprensione dei cambiamenti in corso, essa contribuirà allo sviluppo complessivo dell'Ente.

Il presente Piano Formativo è stato sviluppato affinché fosse chiaro e trasparente, con l'obiettivo e l'augurio che la formazione sia concepita come una parte delle opportunità di apprendimento che l'Ente fornisce a tutti i suoi dipendenti lungo l'intero ciclo della vita lavorativa.

In ogni caso, esso potrà essere, eventualmente, rimodulato in relazione all'emergere di ulteriori e nuove necessità formative.

4. MONITORAGGIO

L'ISACC ai sensi della normativa regionale per l'accreditamento istituzionale ex L.R. 22/2002 e DGR 84/2007, somministra annualmente un questionario di soddisfazione della qualità percepita rispetto al servizio offerto.

Il monitoraggio della sottosezione “Valore pubblico” e “Performance” come stabilito dagli artt. 6 e 10 del d.lgs. 150/2009, in coordinamento con quanto previsto dal vigente Regolamento sul sistema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance dell'Ente, sono previsti dei momenti di rendicontazione intermedia e finale sull'avanzamento degli obiettivi strategici e gestionali, eventuali interventi correttivi che consentano la ricalibrazione degli stessi al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'Amministrazione.

L'attività di monitoraggio della sottosezione ‘Rischi corruttivi e trasparenza’ è articolata almeno a cadenza semestrale, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di possibili criticità, in particolare a seguito di scostamenti tra valori attesi e quelli rilevati attraverso gli indicatori di monitoraggio associati a ciascuna misura, secondo le indicazioni ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato dal Nucleo di valutazione.