

“AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI SPILIMBERGO”

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E DI ORGANIZZAZIONE 2023/2025

Premessa

Il decreto legge n. 80/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del PNRR e per l’efficienza della giustizia, convertito dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale confluiscono una serie di documenti che, fino ad oggi, avevano invece una propria autonomia con riferimento alle tempistiche, ai contenuti e alle norme di riferimento. Il precitato decreto definisce il contenuto del PIAO nonché modalità semplificate per l’adozione dello stesso negli Enti con meno di 50 dipendenti.

L’ASP di Spilimbergo accoglie 204 ospiti non autosufficienti e offre assistenza socio-sanitaria nelle modalità previste dalla Convenzione con ASFO tramite un global service affidato alla società *in house* Socialteam srl., poiché l’ASP ad oggi annovera un numero di dipendenti inferiore a 50 di avvale della modalità semplificata di redazione del documento.

Riferimenti normativi

L’art. 6, commi da 1 a 4, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), che assorbe una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa - in particolare:

- il Piano della performance,
- il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- il Piano organizzativo del lavoro agile
- il Piano triennale dei fabbisogni del personale - quale misura di semplificazione e ottimizzazione della programmazione pubblica nell’ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle PP.AA. funzionale all’attuazione del PNRR.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione viene redatto nel rispetto del quadro normativo di riferimento relativo alla Performance (decreto legislativo n. 150/2009 e relative Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica), ai Rischi corruttivi e trasparenza (Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall’ANAC ai sensi della legge n. 190/2012 e del decreto legislativo n. 33/2013) e di tutte le ulteriori specifiche normative di riferimento delle altre materie, dallo stesso assorbite, nonché sulla base del “Piano tipo”, di cui al decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30 giugno 2022, concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Ai sensi dell’art. 6 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30 giugno 2022, concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, le amministrazioni tenute all’adozione del PIAO con meno di 50 dipendenti, procedono alle attività di cui all’articolo 3, comma 1, lettera c), n. 3), per la mappatura dei processi, limitandosi all’aggiornamento di quella esistente all’entrata in vigore dello stesso decreto considerando, ai sensi dell’articolo 1, comma 16, della legge n. 190/2012, quali aree a rischio corruttivo, quelle relative a:

- autorizzazione/concessione;
- contratti pubblici;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi;
- concorsi e prove selettive;
- processi, individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della
- trasparenza (RPCT) e dai responsabili degli uffici, ritenuti di maggiore rilievo per il raggiungimento degli obiettivi di performance a protezione del valore pubblico.

L’aggiornamento nel triennio di vigenza della sottosezione di programmazione “Rischi corruttivi e trasparenza” avviene in presenza di fatti corruttivi, modifiche organizzative rilevanti o ipotesi di disfunzioni amministrative significative intercorse, ovvero di aggiornamenti o modifiche degli obiettivi di performance a protezione del valore pubblico.

Scaduto il triennio di validità il Piano è modificato sulla base delle risultanze dei monitoraggi effettuati nel triennio.

Sulla base del quadro normativo di riferimento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, pertanto, ha la finalità precipua di fornire una visione d’insieme sui principali strumenti di programmazione operativa dell’ASP di Spilimbergo al fine di coordinare le diverse azioni contenute nei singoli Piani.

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023/2025

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE – pag. 3	
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ANTICORRUZIONE – pag. 3	
SOTTOSEZIONE A.2 Piano per il miglioramento della qualità	Documenti di bilancio (<i>rinvio al link di pubblicazione sul sito dell'ASP</i>) Delibera di approvazione del Budget 2023/2025 Relazione al Budget 2023/2025 Pluriennale 2023/2025 Piano della qualità – pag. 3
SOTTOSEZIONE B.2 Piano della Performance 2023 -2025 documento programmatico triennale per definire gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell'ASP di Spilimbergo e per definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance del personale	Piano della Performance 2023-2025: non soggetto a pubblicazione nel PIAO semplificato che sono tenuti a redigere gli Enti con meno di 50 dipendenti – pag. 7
SOTTOSEZIONE C.2 Programmazione rischi corruttivi e trasparenza – Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2023/2025	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025 – pag. 10
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	
SOTTOSEZIONE A.3 Organizzazione del lavoro agile	Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA): al momento non è stata ravvisata la necessità di adottare tale Piano, in considerazione del numero esiguo di dipendenti e della necessità di garantire la presenza costante degli uffici agli ospiti e ai parenti. – pag. 18
Piano Triennale dei Fabbisogni di personale	Determina 102 del 25.11.2022 di approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2023-2025 (<i>rinvio al link di pubblicazione sul sito dell'ASP</i>)
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	
L'Asp di Spilimbergo, in quanto Amministrazione con meno di 50 dipendenti, non è tenuta al monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). – pag. 18	

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Asp Spilimbergo – Viale Barbacane n.19 – 33097 Spilimbergo (PN)
P. IVA 00261270938 - **Codice Fiscale** 81000750935
 Telefono: Tel. 0427 2134
 Sito internet: www.aspspilimbergo.it
email: azienda@aspspilimbergo.it – direttore.generale@aspspilimbergo.it
Posta Elettronica Certificata: aspspilimbergo@qnetpec.it
 Presidente: Avvocato Francesco Maiorana
 Numero dipendenti al 31 dicembre 2022: 5

MISSIONE ISTITUZIONALE: Scopi Istituzionali dell'azienda e principi istituzionali.

La prima notizia dell'esistenza della "Casa di Ricovero" in Comune di Spilimbergo risale al 1875, allorché il Comune destina a tale uso il piccolo fabbricato posto a sinistra dell'allora ospedale, insediato nel palazzo Balzaro sul Barbacane. Da quasi 150 anni è il punto di riferimento dell'assistenza agli anziani per la Città e il territorio della provincia di Pordenone.

I principali scopi istituzionali dell'ASP sono la promozione del benessere della Comunità sia con riferimento agli ospiti delle proprie strutture sia dei cittadini residenti nell'area distrettuale dello spilimberghese.

Essa si prefigge, in particolare:

- di perseguire finalità di solidarietà sociale destinate a scopi di promozione umana, di assistenza ed integrazione di soggetti socialmente vulnerabili o esclusi dal contesto sociale perché portatori di handicaps, fisici o psichici;
- di promuovere altresì l'intesa costruttiva tra le Istituzioni del territorio, le persone, i gruppi, le associazioni, gli enti pubblici e le organizzazioni private, per la prevenzione e la soluzione del disagio sociale, ponendosi come soggetto volto a facilitare i processi d'integrazione e convivenza sociale;
- di realizzare ogni genere di servizi sociali e socio-sanitari, gestendo strutture di accoglienza, presidi e centri, idonei allo svolgimento di azioni di promozione sociale e all'erogazione di servizi utili al mantenimento o, se possibile, all'elevamento, della qualità della vita dei soggetti provenienti dalla comunità territoriale dello spilimberghese o da altri ambiti, anche a seguito di specifiche convenzioni la promozione di ogni genere di servizi assistenziali e sanitari e la realizzazione e gestione di strutture assistenziali, sanitarie, di accoglienza temporanea e permanente per persone anziane, malate e soggette a speciali trattamenti finalizzati al recupero ovvero in condizioni di lungodegenza in generale.

I fondamentali principi alla base del servizio erogato dall'Azienda sono:

- Eguaglianza: all'ospite è garantito l'accesso ai servizi senza distinzione o discriminazione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche e condizioni socio-economiche. Tutti gli operatori improntano i loro comportamenti a questi criteri.
- Continuità: l'Azienda assicura la continuità e regolarità delle prestazioni. Qualora si verificasse un funzionamento irregolare o l'interruzione del servizio, l'Azienda appronterà soluzioni organizzative e gestionali atte a contenere il possibile disagio.
- Centralità dell'utenza: l'Azienda considera cardine del principio della centralità dell'utenza il rispetto della dignità della persona.
- Partecipazione: la partecipazione dell'utenza alla vita della struttura è garantita dalla possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento dei servizi, nonché da incontri periodici tesi a consolidare la collaborazione con associazioni di rappresentanza degli ospiti.
- Efficienza ed efficacia: l'Azienda non ha fini di lucro ed informa la sua attività di gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO PERFORMANCE ANTICORRUZIONE**DEFINIZIONE DI VALORE PUBBLICO**

Il valore pubblico, nell'accezione più condivisa, è definito come il miglioramento dal livello di benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.

Il valore pubblico è perseguito da una amministrazione facendo leva sul proprio patrimonio tangibile ossia le risorse umane, economiche e patrimoniali, e sul patrimonio intangibile, ovvero, su aspetti legati alla capacità organizzativa e manageriale, a livello di competenze e conoscenze all'interno dell'organizzazione, alla rete di relazioni interne ed esterne, alla capacità di analizzare il proprio contesto di riferimento e di dare adeguate risposte alle istanze che da esso provengono.

Si può creare valore pubblico quando, nel perseguimento dei propri fini istituzionali, le risorse a disposizione sono gestite secondo paradigmi di efficienza, efficacia ed economicità e nel contempo il patrimonio intangibile, ossia le capacità professionali e manageriali vengono valorizzate in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini più in generale.

Rappresentando un punto di riferimento per la Città di Spilimbergo e per il territorio della provincia, in grado di offrire risposte qualificate a partire dai bisogni della persona anziana, l'ASP impronta la propria attività ai principi di trasparenza, etica professionale e miglioramento continuo della performance organizzativa e individuale/professionale.

La creazione del Valore Pubblico in senso ampio si ha, coinvolgendo e motivando il personale quale leva fondamentale per il raggiungimento degli outcome e quindi il miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance sotto i vari profili economico-finanziari, gestionali, produttivi, temporali) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Per Valore Pubblico in senso stretto, le Linee Guida Dipartimento della Funzione Pubblica 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

SOTTOSEZIONE A.2 – PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ**1. SCOPO E VALORI**

I principi di qualità e le aree di intervento si ispirano ai "Principi enunciati nell'ambito del Quadro Europeo sulla qualità per i servizi di assistenza a lungo termine" che, superando il generico concetto di tracciabilità, orientano l'azione dell'Azienda nei specifici servizi offerti (Struttura Residenziale, Struttura Semi residenziale):

- nel rispetto dei diritti umani e della dignità della persona;

- nella centralità della persona: ciò significa che cure ed assistenza debbono rispondere tempestivamente ed in modo flessibile alle mutevoli necessità e specificità di ciascun individuo, rappresentando tali elementi la base della pianificazione e gestione dei servizi nonché dello sviluppo professionale dei collaboratori e del controllo di qualità;
- nella prevenzione del deterioramento dello stato di salute della persona anziana e/o fragile, concentrandosi sulla valorizzazione delle capacità residue e sulla promozione del benessere possibile;
- nella verifica dei risultati, basata su prove di efficacia;
- sulla trasparenza, sia relativamente a costi/servizi che ai processi decisionali;
- sull'attenzione ai bisogni specifici di genere e di cultura, ovvero nel rispettando le differenze biografiche, linguistiche, culturali religiose e sessuali della persona bisognosa di cure, dei caregivers e dello staff che eroga i servizi;
- sulla sensibilizzazione, prevenzione e ogni possibile azione idonea a scongiurare l'abuso e la negligenza nei confronti degli anziani e delle persone fragili;
- sull'assicurazione dell'empowerment delle persone anziane utenti e dei loro caregivers formali ed informali, creando opportunità per la loro partecipazione alla pianificazione erogazione e valutazione dei servizi;
- nell'investire sul capitale umano, favorendo l'accesso all'apprendimento permanente ed alla crescita professionale;
- sullo sviluppo di ambienti age-friendly, adeguati alle persone con demenza, rispondenti a requisiti di salute e sicurezza;
- sullo sviluppo di un approccio collaborativo, che comporta il coinvolgimento e la collaborazione con tutti gli stakeholders pubblici e privati;
- sullo sviluppo di un sistema di buona governance.

Questi aspetti si concretizzano attraverso:

- la pianificazione degli obiettivi specifici e la misurazione dei risultati;
- la formazione del personale;
- specifica per l'equipe del servizio socio assistenziale Residenziale;
- specifica per l'equipe del servizio socio assistenziale Semi Residenziale;
- l'adozione di modelli operativi, protocolli e procedure condivise e trasparenti, finalizzate all'orientamento alle buone pratiche mediante un costante aggiornamento e adesione alle linee guida ministeriali;
- la rilevazione della soddisfazione percepita dal cliente;
- il controllo di qualità;
- il controllo di gestione;
- la comunicazione.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Area socio assistenziale sanitaria (Struttura Residenziale e Servizio Semiresidenziale).

Nello specifico:

- Nuclei
- Centro Diurno

Risultano essere coinvolti:

- gli operatori afferenti l'area socio assistenziale sanitaria, che a diverso titolo e per funzioni rispondono ad aspetti socio assistenziali sanitari, psicosociali e counselling dell'attività dell'azienda;
- gli operatori afferenti l'area amministrativa che a diverso titolo e funzioni rispondono ad aspetti burocratico amministrativi a supporto dell'attività dell'azienda;
- clienti esterni, fornitori, stakeholders.

3. DESTINATARI

Sono coinvolti nell'applicazione della procedura:

- Tutto il personale;
- Ospiti;
- Caregiver;
- Stakeholder.

4. DESCRIZIONE

A) INTRODUZIONE

Il documento di riferimento della Qualità Aziendale per il servizio residenziale è il *“Manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali”* redatto dalla Regione FVG *“Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali”* in cui vengono descritti i punti per il *“Progresso della buona assistenza residenziale alle persone anziane non autosufficienti”* e relativi requisiti specifici, di seguito enucleati:

1. Chi si occupa della persona anziana non autosufficiente è consapevole che la vita della persona ospitata sta nelle sue mani; che questa vita è sacra, tanto più quanto più essa diviene fragile. Il livello di responsabilità di chi agisce in questi contesti cresce parallelamente al grado di perdita dell'autonomia;
2. La Struttura si impegna a rispettare i diritti del soggetto fragile; ad organizzare un'offerta residenziale il più possibile vicina ai luoghi di vita usuali dell'anziano, attivandosi perché questa sia complementare e realmente paritaria rispetto all'alternativa domiciliare o semiresidenziale, ponendole - in continuità con essa - quali opzioni parimenti attraenti e convenienti per la persona, per i familiari, per il sistema;
3. L'assistenza residenziale deve essere percepita di elevata qualità, equamente accessibile e fruibile da tutti coloro che ne hanno reale bisogno (universalismo), reale livello essenziale di assistenza (LEA distrettuale), e pertanto diritto della persona istituzionalmente garantito;
4. L'ingresso in struttura residenziale è appropriato solamente se veramente inevitabile; è scelta estrema, che è sempre preceduta da attenta e puntuale valutazione multidimensionale - multiprofessionale condotta dai professionisti dei servizi di concerto con gli interessati e la famiglia (non solamente prima dell'ingresso ma anche periodicamente in itinere);
5. La buona qualità dell'assistenza avviene in strutture residenziali che mai agiscono come case “di riposo” bensì sempre come “case di attività per l'autonomia”, inserite nella rete dei servizi multi-offerta del distretto, pronte a rispondere del proprio operato in modo

trasparente. Al Distretto compete monitorare il livello di qualità delle cure e dell'assistenza, della salute globale degli ospiti (inclusi irrinunciabilmente gli aspetti psico-emozionali-affettivi), il rispetto della dignità, libertà e decoro;

6. L'assistenza residenziale, vuoi temporanea vuoi - a maggior ragione - permanente, può migliorare solamente nella diffusa ed unanime consapevolezza che l'ospite sta andando incontro a condizioni di vita nuove e radicalmente diverse, in una fase di cambiamento sempre molto delicata. La buona assistenza accompagna questo cambiamento, contrasta e previene lo scadimento della qualità della vita, in senso di solitudine, l'isolamento, la disperazione;
7. Ogni provvedimento di modifica dell'offerta, dell'assetto e dell'organizzazione dell'assistenza richiede sempre un previo accordo con gli assistiti, i familiari e le rappresentanze degli utenti, per un confronto sulla congruità, sull'efficacia e sostenibilità dei costi delle misure prospettate. In ogni struttura è attivato per questo un comitato di partecipazione (garanzia) esterno, che si raccorda con le Istituzioni pubbliche preposte al monitoraggio della qualità assistenziale;
8. Le buone pratiche, con azioni ed interventi tanto più attenti quanto più sono compromesse le condizioni di autonomia, possiedono alcune Caratteristiche essenziali, memorizzabili in un elenco denominato "Le 8C della buona qualità".

N.	8C	Descrizione
1	CASA	L'ingresso in residenza è appropriato solo se provatamente inevitabile ed il rientro a casa costituisce sempre per tutti l'obiettivo primario del percorso assistenziale. La buona assistenza nella struttura è improntata ad una visione domiciliare, non ospedaliera, in modo tale che la residenza possa diventare per la persona la "sua nuova casa" in cui vivere "una nuova vita". Questa, per essere accettabile, richiede pertanto ambienti e relazioni di cura dalle suggestioni domestiche, la presenza di mobili ed oggetti personali, rispetto non formale della privacy, libertà di movimento e dei ritmi di vita. Queste intenzioni sono testimoniate dall'esistenza la più diffusa possibile della stanza singola, di un elevato tasso di rientro a domicilio, di liberi orari di visita e di ritmi di vita, le molte uscite organizzate all'esterno.
2	CURE	Ogni ospite possiede un programma di assistenza individualizzato (PAI) definito dopo valutazione congiunta dei bisogni e della situazione globale; esso include le azioni volte alla prevenzione/cura delle lesioni cutanee; all'uso ragionato delle politerapie, degli psicofarmaci, degli antidolorifici; alla corretta gestione-assunzione dei farmaci; al miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni di accertamenti diagnostici, di invio al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero.
3	CONTENZIONE	Preso atto che è da proscrivere l'uso di qualsiasi procedura/mezzo di contenzione, meccanica o farmacologica o di altra natura, qualora si impongano a tutela della persona misure di sicurezza, queste si realizzano con rafforzamenti dell'assistenza personalizzata, l'adozione intelligente di azioni e strumenti puntualmente definiti da valutazioni accurate, ed in ogni caso interventi temporizzati rispettosi della persona.
4	CONTINENZA	La buona assistenza tende al suo recupero o conservazione. I presidi sono usati con oculatezza, secondo modalità e programmi personalizzati, con la precisa consapevolezza che indossarli costituisce per la persona comunque e sempre grave interferenza nella dignità.
5	COGNITIVITÀ	Ambienti, programmi assistenziali e relazioni di cura tengono conto delle nuove circostanze di vita, favoriscono il progresso o almeno la stabilità delle funzioni cognitive, prevenendone il declino.
6	CADUTE	La disposizione degli ambienti e le procedure di assistenza sono fortemente orientate alla loro prevenzione. Il personale è formato per evitarle, è costantemente sensibilizzato a considerarle eventi potenzialmente disastrosi; la struttura svolge programmi di monitoraggio permanente delle misure ad hoc adottate, degli eventi accaduti, delle azioni adottate al fine di identificare e prontamente correggere possibili situazioni o comportamenti di rischio.
7	CIBO	La buona qualità della AR include una corretta alimentazione, lasciando giusto spazio al gusto ed al piacere della tavola, al valore del momento conviviale e relazionale; presta grande attenzione al recupero dell'autonomia in questa funzione ed ai tempi e modi di adeguato aiuto se compromessa; si occupa di prevenire/correggere la malnutrizione calorico-proteica o l'obesità.
8	COSTI	I costi (la spesa – soprattutto quando sostenuta dall'ospite/famiglia) sono trasparenti e spiegano l'alto valore dei servizi, fermo restando che per l'assistenza residenziale non può esistere alta qualità low-cost. La buona qualità dell'assistenza residenziale è per tutti (LEA), non solamente per chi ha mezzi economici corrispondenti.

Nella buona assistenza il processo di audit va inteso quale risorsa e strumento ideale per favorire e accompagnare il cambiamento positivo, in una logica di percorsi per il miglioramento continuo della qualità. Ciò richiede costante e dinamica ricerca di alleanze in cui:

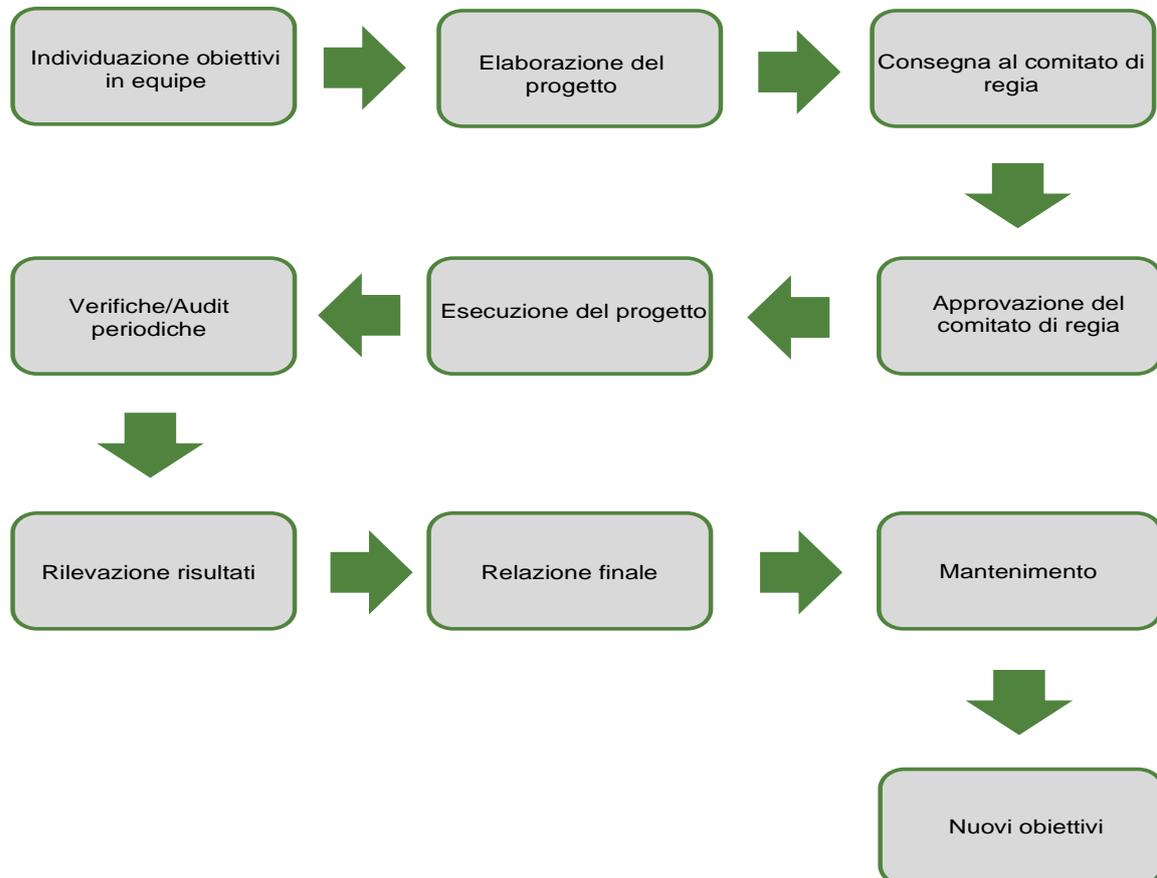
- I. all'ospite è sempre riconosciuta – anche in quanto cliente che paga/acquista in proprio dei servizi - la libertà di scelta dell'ingresso e della struttura, il diritto di revoca, di libera espressione di giudizio su quanto ricevuto;
- II. al familiare non viene mai meno la possibilità di attiva partecipazione e costante presenza;
- III. il soggetto proprietario-gestore (pubblico o privato) esprime: tensione verso la qualità, spontaneo rispetto delle regole, ricerca dell'innovazione, assunzione esplicita di responsabilità per offrire il miglior "prodotto" possibile; credibilità e trasparenza nel rapporto qualità/prezzo; volontà di rispondere in pubblico delle proprie azioni);
- IV. a ciascun operatore addetto all'assistenza alla persona compete (ri)conoscere la propria responsabilità verso la buona qualità di vita degli ospiti, l'obbligo etico e deontologico dell'impegno ad una costante formazione ed aggiornamento, anche in funzione di mantenere e possibilmente elevare il grado di motivazione, competenza e conseguente livello di autonomia e responsabilità;

B) FASI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Le fasi sopra indicate sono di seguito esplicitate mediante:

- Individuazione degli obiettivi triennali in Equipe: ad inizio anno saranno effettuate riunioni e attività di brainstorming finalizzate ad individuare i processi che si ritiene di attenzionare. Si costituiscono (mediante raccolta delle adesioni) gruppi di miglioramento della qualità formati da operatori direttamente coinvolti dal processo di miglioramento, di diversa professionalità;
- Elaborazione del Progetto: ogni Progetto di miglioramento Qualità contiene le seguenti specificazioni:
 - obiettivo/i che si intende perseguire con il Progetto di miglioramento;
 - Responsabilità, quale risorsa individuata in qualità di referente sull'andamento del progetto;
 - indicatori di verifica in cui si esplicitano i criteri in base ai quali si potrà definire raggiunto lo/gli obiettivo/i formulati. Gli indicatori sono sia quantitativi che qualitativi;
 - i tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi;
 - risorse, in termini di investimento, nonché di operatori impegnati al raggiungimento degli obiettivi;
- consegna dei Progetti all'Ente di riferimento, che procede ad una prima verifica dei contenuti: congruenza tra obiettivi ed indicatori, rispetto della Programmazione;
- approvazione dei Progetti da parte dell'Ente nell'ambito di una riunione periodica;

- esecuzione dei Progetti Qualità da parte degli operatori secondo le modalità esplicitate all'interno dei Progetti stessi. Ciò costituisce l'elemento portante del Piano della Qualità poiché implica necessariamente coinvolgimento e partecipazione attiva da parte di tutti al miglioramento dei processi;
- verifiche - audit da parte dell'Equipe (da un minimo di una ad un massimo di tre verifiche annuali) con la partecipazione del Referente del Progetto Qualità. Per ogni audit viene compilata una scheda di report individuale. Al termine di ogni verifica viene redatto relativo verbale;
- relazione finale elaborata dallo stesso gruppo di operatori che hanno realizzato il Progetto Qualità, che illustra il lavoro fatto con particolare riferimento alla documentazione degli indicatori che dimostrano il raggiungimento dell'obiettivo previsto. Parte qualificante della relazione finale è l'autovalutazione della realizzazione del Progetto da parte del gruppo di lavoro. Tale autovalutazione viene formulata responsabilmente sulla base del livello di partecipazione di tutti i membri dell'equipe alla realizzazione del progetto e al livello di dimostrazione degli indicatori del raggiungimento dell'obiettivo previsto che costituisce il nuovo standard.



C) DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ, RESPONSABILITÀ E REGISTRAZIONI

PIANO DELLA QUALITA' - OBIETTIVI			
N.	Attività	Responsabili	Registrazioni
1	Gestione Documento	Utenti Qualibus con privilegio specifico	Qualibus
2	Approvazione e Distribuzione	RQ	Qualibus

D) MODULISTICA

Documento	Codice	Ubicazione	Tempi di conservazione
Piano Qualità-Obiettivi Triennale	SR-47-P01.M01	Amministrazione	3 anni

E) TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI

- ✓ LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.
- ✓ AR: Assistenza Residenziale.
- ✓ RQ: Responsabile della qualità.

F) RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- ✓ OMS – Le basi per una politica nazionale per la qualità nei sistemi sanitari.
- ✓ La Carta di Lubiana (1997);
- ✓ Il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502 art. 14 e s.m.i. c. 1;
- ✓ Il DPCM 27 Gennaio 1994;
- ✓ Il DPCM 11 Ottobre 1994 e successiva Legge 7 Giugno 2000, n. 150;
- ✓ Il DPCM 19 Maggio 1995;

- ✓ La Direttiva 24 Marzo 2004 del Ministro della Funzione Pubblica;
- ✓ Decreto 18 agosto 2022 n.0107/Pres: "Regolamento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della Legge regionale 12.12.2019 nr. 22";
- ✓ Lo Statuto dell'ASP;

SOTTOSEZIONE B.2 – PIANO DELLA PERFORMANCE 2023-2025 DOCUMENTO PROGRAMMATICO TRIENNALE PER DEFINIRE GLI INDIRIZZI E GLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI DELL'ASP DI SPILIMBERGO E PER DEFINIRE GLI INDICATORI PER LA MISURAZIONE E LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL PERSONALE.

PREMESSA

Il presente documento è redatto ai sensi dell'articolo 7, comma 2, e dell'articolo 30, comma 3, del decreto legislativo 150/09.

Le Amministrazioni Pubbliche devono adottare, in base a quanto disposto dall'art. 3 del D. Lgs. n. 150/2009, metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi. Tale strumento prende il nome di "Piano della performance" e si configura come un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'ASP di Spilimbergo, del Direttore Generale dei titolari di Posizione Organizzativa e degli altri dipendenti.

Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto del limitato numero di dipendenti dell'ASP di Spilimbergo a cui il sistema troverà applicazione.

IL CONTESTO.

L'Ente è rimasto classificato quale dell'I.P.A.B. fino 2005 quando, a seguito della possibilità concessa dalla legge regionale 19/2003, è stato trasformato in "Azienda Pubblica di Servizi alla Persona", assumendo la denominazione di "Azienda di Servizi alla Persona di Spilimbergo", il cui acronimo è ASP di Spilimbergo.

La trasformazione ha consentito di assumere una gestione più aziendalistica e snella anche tramite la partecipazione alla società in house *Socialteam srl*, società posseduta pro quota attualmente dalle ASP di Spilimbergo, Pedemontana, "D. Moro" di Codroipo e dal Comune di Grado, cui vengono affidati una serie di servizi indispensabili al funzionamento delle strutture.

L'ASP Spilimbergo esercita la propria capacità di governo anche tramite la definizione di linee di indirizzo strategico e di programmazione e controllo sui servizi erogati dalla società in house *Socialteam* mediante il monitoraggio periodico e costante dei risultati raggiunti esercitato dal Comitato di Controllo analogo e dall'Assemblea dei soci.

IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il decreto legislativo 150/2009 consente alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento continuo. A questo fine, è prevista l'introduzione di un ciclo generale di gestione della performance, per produrre un miglioramento tangibile e un quadro di azione che realizzi il passaggio dalla logica dei mezzi (input) a quella dei risultati (output ed outcome).

Nel D.Lgs. 150/09 la valorizzazione del merito individuale assume un ruolo fondamentale per garantire efficienza gestionale e produttività a questa idea corrisponde il concetto di "performance organizzativa", che, secondo quanto indicato all'articolo 8, concerne:

- l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze dei destinatari dei servizi erogati;
- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti di erogazione dei servizi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

In linea con quanto previsto dal D.Lgs. 150/09, il ciclo di gestione della performance si articola in:

PIANIFICAZIONE: nel piano triennale della performance si definiscono gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, si collegano tali obiettivi alle risorse, si individuano gli indicatori per il monitoraggio, si stabiliscono gli obiettivi e gli indicatori per la valutazione del direttore generale.

Per l'anno 2023 si prende atto degli obiettivi strategici già assegnati alle posizioni organizzative e ai collaboratori tramite nota del direttore generale del 3 agosto u.s. e non si assegnano obiettivi al Direttore generale neo assunto.

GESTIONE: i progressi ottenuti nel perseguimento degli obiettivi sono monitorati nel corso dell'esercizio attraverso gli indicatori selezionati e, se sono individuati degli scostamenti tra quanto atteso e quanto conseguito, si mettono in atto azioni correttive per colmare eventuali scostamenti.

VALUTAZIONE: la valutazione della performance organizzativa ed individuale è realizzata dall'Organismo Indipendente di valutazione, avvalendosi della collaborazione del Direttore generale.

RENDICONTAZIONE: annualmente viene redatto alla fine dell'esercizio un documento, la relazione sulla performance, che evidenzia i risultati ottenuti a consuntivo in rapporto a quelli desiderati espressi nel piano.

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER.

L'ASP di Spilimbergo è un Azienda pubblica di Servizi alla Persona le cui finalità e i principi generali di funzionamento sono meglio esplicitati nello Statuto disponibile sul sito all'indirizzo <http://www.aspspilimbergo.it/>

L'organizzazione dell'ASP di Spilimbergo è così strutturata;

MACROSTRUTTURA



DOTAZIONE ORGANICA

È di seguito riportata la Dotazione Organica dell'ASP di Spilimbergo come da Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023-2025

DOTAZIONE ORGANICA DELL'ASP DI SPILIMBERGO			
CATEGORIE E FIGURE PROFESSIONALI	DOTAZIONE IN APPROVAZIONE	DOTAZ. VIGENTE Delib. 26/2019	NOTE SU NUOVA DOTAZIONE IN APPROVAZIONE
AREA AMMINISTRATIVA			
D FUNZIONARIO / ISTR. DIR.VO	0	0	
C ISTRUTTORE	6	4	Trasformazione posti a cat. C da cat. B VACANTI
B COLLABORATORE PROF.LE	0	2	
TOTALE POSTI	6	6	
AREA TECNICO MANUTENTIVA			
D FUNZIONARIO / ISTR. DIR.VO	0	0	
C ISTRUTTORE	1	1	
B COLLABORATORE PROF.LE	0	0	
TOTALE POSTI	1	1	
AREA SERVIZI AUSILIARI			
D FUNZIONARIO / ISTR. DIR.VO	0	0	
C ISTRUTTORE	0	0	
B COLLABORATORE PROF.LE	4	7	1 soppresso + 2 trasformati in cat. C per Area Amm.va
TOTALE POSTI	4	7	
RIASSUNTO GENERALE			
D FUNZIONARIO / ISTR. DIR.VO	0	0	
C ISTRUTTORE	7	5	
B COLLABORATORE PROF.LE	4	9	
TOTALE POSTI (1)	11	14	
(1) OLTRE AL DIRETTORE GENERALE FIGURA DIRIGENZIALE DI VERTICE FUORI DOTAZIONE ORGANICA			

La stessa è stata modificata con Deliberazione di Consiglio di Amministrazione n. 7 del 27.06.2023, a cui farà seguito l'aggiornamento del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023-2025

DOTAZIONE ORGANICA DELL'ASP DI SPILIMBERGO			
CATEGORIE E FIGURE PROFESSIONALI	DOTAZIONE IN APPROVAZIONE	DOTAZ. VIGENTE Delib. 34/2021	NOTE SU NUOVA DOTAZIONE IN APPROVAZIONE
AREA AMMINISTRATIVA			
AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA QUALIFICAZIONE (ex cat. D)	1	0	Istituzione posto ex cat. D - VACANTE
AREA DEGLI ISTRUTTORI (ex cat. C)	4	6	Soppress.1 posto ex cat. C + 1 trasformato in ex cat. D
TOTALE POSTI	5	6	
AREA TECNICO MANUTENTIVA			
AREA DEGLI ISTRUTTORI (ex cat. C)	1	1	
TOTALE POSTI	1	1	
AREA SERVIZI AUSILIARI			
AREA DEGLI OPERATORI ESPERTI (ex cat. B)	2	4	Soppressione n. 2 posti ex cat. B
TOTALE POSTI	2	4	
RIASSUNTO GENERALE			
AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA QUALIFICAZIONE (ex cat. D)	1	0	
AREA DEGLI ISTRUTTORI (ex cat. C)	5	7	
AREA DEGLI OPERATORI ESPERTI (ex cat. B)	2	4	
TOTALE POSTI (1)	8	11	
(1) OLTRE AL DIRETTORE GENERALE FIGURA DIRIGENZIALE DI VERTICE FUORI DOTAZIONE ORGANICA			

SISTEMA DI VALUTAZIONE**PERFORMANCE DEL DIRETTORE**

Il sistema di misurazione e valutazione della performance del Direttore generale si articola su due dimensioni: risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati e competenze organizzative.

La valutazione del direttore viene effettuata sulla base di apposita scheda allegata al Piano, validata dall'OIV e approvata dal Consiglio di Amministrazione.

I risultati e le competenze organizzative contribuiscono, con pesi diversi, ad individuare la prestazione effettiva del direttore. Si intende "prestazione effettiva" il conseguimento di specifici risultati attraverso un'azione congruente con le politiche, le procedure e le condizioni che caratterizzano l'ambiente organizzativo in cui si esplica l'attività.

La prestazione effettiva include i risultati e l'abilità del dirigente ad intraprendere idonee azioni per conseguire i risultati e ad integrarsi con il resto dell'organizzazione ed in particolare nella gestione dei rapporti con la società in house *Socialteam srl*.

L'indennità di risultato viene assegnata in funzione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

PERFORMANCE DEI TITOLARI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA

Per il Titolare di posizione organizzativa la valutazione della performance viene effettuata sulla base dei parametri di misurazione di seguito indicati:

OBIETTIVI ASSEGNATI E INDICATORI:

AREA ECONOMICO FINANZIARIO					
OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI	RISULTATI ATTESI	TEMPI	RESPONSABILITÀ	PESO
Approvazione del rendiconto di gestione secondo le regole della contabilità economico patrimoniale di cui al Regolamento regionale Decreto 0187/Pres del 05.11.2021	Analisi di tutte le voci di costo e di ricavo nonché attività e passività e destinazione del risultato di gestione	Presentazione della proposta di rendiconto di gestione	Entro 30.06.2023	Area Economico Finanziaria	40
Adozione del nuovo sito istituzionale sulla piattaforma regionale	Implementazione dati	Aggiornamento	Entro il 31.12.2023	Area Economico Finanziaria	20
UFFICIO GESTIONE FATTURE					
Procedure di verifica dei ricavi derivanti dalle rette degli ospiti	Controllo mensile delle entrate degli ospiti e invio note di sollecito. Informativa ai Comuni di residenza per i crediti non riscossi.	Procedure di recupero dei crediti maturati nell'anno in corso.	Entro il 31.12.2023	Area Economico Finanziaria	10
UFFICIO ACCETTAZIONE					
Nuovo protocollo per l'ingresso degli ospiti in struttura secondo il Piano di miglioramento dell'ASP	Analisi delle domande pervenute, colloqui con i parenti in confronto sulle diverse istanze	Istituzione dell'equipe di accoglienza	Entro il 31.12.2023	Area Economico Finanziaria – Ufficio accettazione	30
AREA TECNICA					
Adeguamento antincendio della struttura ai fini del rilascio del C.P.I. – Gestione fondi Bando Eisa	Fase di esecuzione dei lavori, verifica dei subappalti e controllo del cantiere	Approvazione del 1-2-3 stato di avanzamento dei lavori.	Entro 31.07.2023	Ufficio Tecnico	100

STRUMENTI DI REVISIONE E MONITORAGGIO

Il monitoraggio degli obiettivi nel 2023 prevederà fasi periodiche di verifica sull'andamento delle attività.

L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) supporterà l'ASP sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

Verificherà, inoltre, che l'ASP realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale.

TRASPARENZA

L'ASP di Spilimbergo uniforma la comunicazione esterna dei contenuti del Sistema di misurazione e Valutazione ai nuovi principi della Trasparenza introdotti all'articolo 11 del D.Lgs. n. 150 del 2009.

Viene intesa infatti "come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione.

Le informazioni ed i dati di propria competenza sono pubblicati sul sito internet, nella sezione di "Amministrazione Trasparente" di pertinenza.

L'OIV attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza-

Gli obiettivi del presente Piano delle Performance sono coerenti con gli obiettivi previsti nel Piano triennale di prevenzione alla corruzione e trasparenza.

L'aggiornamento per il triennio 2023/2025 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza verrà adottato con proprio atto entro il termine di legge del 31 gennaio al fine di dare continuità temporale all'Azienda nel dotarsi di un importante strumento, non solo di prevenzione della corruzione, ma anche di declinazione delle principali strategie di legalità della propria azione

SOTTOSEZIONE C.2 – PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA – PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA ANNI 2023/2025**PARTE I – PREMESSA**

Il Piano dà attuazione alla legge n. 190 del 6 novembre 2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” (c.d. Legge anticorruzione), come modificata dal D.lgs. n. 97 del 25 maggio 2016, la quale ha introdotto nell’ordinamento italiano un sistema organico di disposizioni finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo in attuazione dell’art. 6 della Convenzione ONU contro la corruzione di data 31.10.2003, ratificata con la L. 03.08.2009 n. 116, nonché in attuazione degli artt. 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione adottata a Strasburgo in data 27.01.1999, ratificata con la L. 28.06.2012 n. 110.

La Legge anticorruzione condivide i principali obiettivi che le organizzazioni sopranazionali, anche europee, si prefiggono di perseguire nell’ambito delle strategie di prevenzione, e cioè: ridurre le opportunità che favoriscono i casi di corruzione;

Aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;

Stabilire interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione;

Creare un collegamento tra corruzione-trasparenza-performance, nell’ottica di una più ampia gestione del “Rischio istituzionale”;

Il Piano medesimo predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, una volta approvato dall’organo di indirizzo politico dell’Ente entro i termini di legge, viene pubblicato sul sito internet istituzionale dell’Ente, nella sezione Amministrazione Trasparente

Ciò premesso, è opportuno evidenziare sin da ora un aspetto di fondamentale importanza da tenere sempre in considerazione nella lettura e nell’attuazione del Piano e cioè il concetto di “corruzione”.

Infatti, come emerge dalla lettura della precitata L. 190 del 2012 e come è stato evidenziato anche dalla la Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, comprensivo anche delle situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, nel corso dell’attività amministrativa venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Da ciò si ricava che l’obiettivo del Piano non è solo quello di contrastare l’illegalità, ma anche quello di combattere la “cattiva amministrazione”, ossia l’attività che non rispetta i parametri del “buon andamento” e “dell’imparzialità”.

In tal senso, l’illegalità dell’agire amministrativo si identifica con la strumentalizzazione delle potestà pubblicistiche diretta al conseguimento di un fine diverso o estraneo rispetto a quello previsto da norme giuridiche o dalla natura della funzione.

1. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il quadro normativo su cui si basano le previsioni e misure contenute nel Piano si completa poi con le seguenti disposizioni normative, regolamentari e di indirizzo:

- il D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, come modificato anch’esso dal D.lgs. n.97 del 25 maggio 2016;
- il D. Lgs. n. 235 del 31 dicembre 2012 “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”;
- il D.Lgs. n. 39 dell’8 aprile 2013 “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”;
- il GDPR n. 2016/679 dell’Unione Europea “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”;
- la Legge n. 179 del 30 novembre 2017 avente ad oggetto “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato” e il relativo regolamento approvato con deliberazione ANAC n. 1033 del 30.10.2018;
- le L. n. 241 del 7 agosto 1990 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- il Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013;
- il Codice di Comportamento aziendale del Comune di Trieste approvato con deliberazione giunta n. 234 del 24 maggio 2018;
- la L. n. 124 del 7 agosto 2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- il D.l. n. 80 del 9 giugno 2021 e il suo regolamento attuativo approvato con D.P.R. n. 81 del 24.06.2022 che stabiliscono che per le amministrazioni con più di 50 dipendenti il Piano dovrà essere inserito nella sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del Piano;
- il primo Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) approvato dalla CIVIT con delibera n. 72 nel mese di settembre 2013 e i successivi aggiornamenti, tra i quali quello approvato con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016, a seguito dell’emanazione del D.Lgs n. 50/2016 “Codice dei contratti” e del D.lgs. n. 97/2016 sopra citato;
- il Piano Nazionale Anticorruzione approvato, da ultimo, con delibera n. 7 del 17.01.2023;
- la delibera ANAC n. 769 del 7 ottobre 2020 che ha messo in luce la necessità di individuare indicatori correlati alle misure di prevenzione tra quelle abbinate alle specifiche aree di rischio.

L’attuazione delle misure di prevenzione sarà, in linea generale, realizzata secondo i principi di proporzionalità, gradualità e di sostenibilità economica ed organizzativa. Al fine di realizzare un’efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, inoltre, il Piano è coordinato con gli altri strumenti di programmazione approvati dall’Amministrazione, con il Codice di comportamento aziendale nonché con gli altri strumenti riguardanti il Ciclo della performance.

2. CARATTERISTICHE DELL’ENTE

L’Asp di Spilimbergo Azienda pubblica alla persona disciplinata dalla Legge Regionale nr. 19/2003, non ha fini di lucro, possiede personalità giuridica di diritto pubblico ed è dotata di un proprio Statuto e propri Regolamenti interni che ne garantiscono l’autonomia contabile, tecnica, organizzativa, negoziale e gestionale.

Essa gode di un proprio patrimonio e autonomia finanziaria basata sul corrispettivo dei servizi resi, dalle liberalità e dai trasferimenti di enti pubblici o privati.

All’Azienda si applicano i principi relativi alla distinzione tra poteri di indirizzo e programmazione e funzioni gestionali.

L’Azienda, che è soggetto del sistema integrato di interventi e servizi di cui alla Legge Regionale nr 6/2006, nel rispetto di parte delle originarie finalità statutarie della IPAB da cui proviene, prosegue la promozione e la gestione dei servizi alla persona e alle famiglie attraverso attività socio sanitarie ed assistenziali fornite tramite la società inhouse Socialteam che partecipa nella misura del 45% delle quote.

Ha come fine la cura, il consolidamento e la crescita del benessere personale, affettivo, relazionale e sociale dei cittadini. In particolare l’Azienda ha per scopo di provvedere al soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana e adulta che si trovi in situazione di disagio psico-fisico, organizzando l’accoglienza ed il mantenimento di tali persone nonché i servizi specifici, anche con valenza riabilitativa, per la promozione della salute del benessere personale e di una migliore qualità della vita.

L'organo di direzione politica è il Consiglio di Amministrazione, che definisce gli obiettivi e i programmi da attivare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite.

Lo stesso è composto da cinque membri nominati dal Sindaco del Comune di Spilimbergo.

La gestione complessiva dell'Azienda è affidata al Direttore generale, nominato dal Consiglio di Amministrazione.

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona di Spilimbergo in applicazione delle regole disciplinate dagli articoli 11bis – 11 quinquies e dall'allegato 4/4 (principio contabile applicato concernente il bilancio consolidato) al D.Lgs. 118/2011 rientra nel Gruppo Amministrazione Pubblica (GAP) del Comune di Spilimbergo. L'ASP, in particolare può essere annoverata tra gli Enti strumentali controllati, in quanto il Sindaco ha il potere di nominare o rimuovere la maggioranza dei componenti degli organi decisionali, competenti a definire le scelte strategiche e le politiche di settore, nonché a decidere in ordine all'indirizzo, alla pianificazione ed alla programmazione dell'attività di un ente o di un'azienda.

Poiché l'ASP è un Ente pubblico vigilato da un Ente locale è soggetto all'applicazione della normativa in materia di corruzione come previsto dall'intesa raggiunta in sede di Conferenza Unificata il 24 luglio 2013, ai sensi dell'art 1, commi 60-61 della Legge 190/2012.

L'ASP di Spilimbergo gestisce una residenza per anziani non autosufficienti di terzo livello così come previsto dalla DGR 144/2015, è suddivisa in 14 nuclei ed accoglie fino a 204 posti letto, oltre a 4 posti per il Centro Diurno.

3. PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO

Il Piano è stato elaborato dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza che, giusta nomina del Presidente, è individuato nel Direttore generale.

Il Direttore nella elaborazione del Piano dà attuazione agli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza definiti dal Consiglio di Amministrazione.

Il Direttore nella elaborazione del Piano tiene conto delle eventuali osservazioni e proposte presentate dagli stakeholders a seguito della pubblicazione sul sito istituzionale.

PARTE II – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

INDICAZIONI METODOLOGICHE PER LA GESTIONE DEI RISCHI E PROGRAMMA DI ADEGUAMENTO.

Il RPCT provvederà nel corso del 2023 ad approfondire l'analisi dei processi, ad individuare con maggiore puntualità i rischi corruttivi e ad una più precisa individuazione e programmazione delle misure di prevenzione.

1. SOGGETTI INTERESSATI ALLA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

L'art 1, comma 16, della Legge 190/2012, individua attività di rischio di corruzione che, in parte possono coincidere con quelle delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione e al processo di gestione del rischio all'interno della ASP si Spilimbergo possono così essere individuati:

RUOLO	RESPONSABILITA' /POSIZIONE DI LAVORO ALL'INTERNO DELL'ENTE	COMPETENZE SULLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	COMPETENZE SUL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE
Organo di indirizzo politico	Consiglio di Amministrazione	Adotta il Piano triennale per la prevenzione della Corruzione (PTPCT) da ora inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal RPCT. Propone alla direzione indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione. Nomina il RASA.	Valorizzazione, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, dello sviluppo e della realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione. Assicura al RPCT un supporto concreto garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle proprie funzioni; Promuove attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgono l'intero personale, anche dipendente di Socialteam, una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione.
Organo Amministrativo	Direttore Generale	Propone al C.d.A. gli atti ed i documenti per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione, ne assicura la pubblicazione. Cura la predisposizione, l'aggiornamento secondo i termini di legge, la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti In qualità di RPCT promuove l'applicazione del relativo piano e vigila sull'attuazione da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano medesimo. Segnala al Cda le attività inerenti all'attuazione delle misure di trasparenza	Individua, all'interno del Piano il processo di gestione dei rischi corruttivi attraverso un approccio valutativo di tipo qualitativo. Coordina tutto il processo di gestione del rischio. Tiene conto, in quanto anche competente per la valutazione del personale dipendente, in sede di valutazione annuale ai fini dell'erogazione della produttività, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.
Dipendenti dell'Ente e della società in house che gestisce il servizio all'interno dell'Azienda	Tutti i dipendenti dell'ASP di Spilimbergo e di Socialteam Srl a tempo determinato e indeterminato		Partecipano al processo di gestione del rischio
Collaboratori	Tutti i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASP	Osservano le misure contenute nel PTPCT e nel Codice di comportamento Segnalano eventuali situazioni di illecito	

PARTE III – IL PROCESSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO**1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche sociali, culturali ed economiche dell'ambiente nel quale l'Asp Spilimbergo opera, nonché le relazioni con gli stakeholder, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, conseguentemente, condizionare la valutazione del rischio corruttivo.

Con specifico riferimento al contesto esterno in cui opera l'ASP di Spilimbergo si ritiene opportuno riportare la relazione all'attività criminosa contenuta nella Relazione alla Camera dei Deputati sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata relativa all'anno 2019 (trasmessa dal Ministro dell'Interno alla Presidenza in data 27.11.2021)

“... nelle Relazioni degli anni successivi non sono ricavabili i dati per Provincia. *“PROVINCIA DI PORDENONE* La Provincia di Pordenone è caratterizzata dalla presenza di numerose industrie, particolarmente fiorenti sono quella metalmeccanica e quella del mobile. Questi settori sono ben rappresentati dalla presenza di tre importanti distretti industriali: il distretto del Mobile Livenza, della Componentistica e Termo-elettromeccanica e del Coltello di Maniago. Significativa anche la presenza del comparto della subfornitura (meccanica, plastica, tessile, elettromeccanica e del legno). Inoltre vi ha sede il Polo Tecnologico: un'area di ricerca affiliata all'Area Science Park di Trieste, dove molte aziende della zona svolgono attività di ricerca, sviluppo e innovazione. Il territorio non risulta interessato da una presenza stabile da parte di sodalizi di tipo mafioso nonostante sia stata registrata la presenza di pregiudicati di origine pugliese e siciliani³ residenti o domiciliati in tale area geografica. La Provincia, grazie anche alla vicinanza con gli scali portuali e i confini nazionali, rappresenta il luogo di transito per traffici transnazionali nella cosiddetta “rotta balcanica” e destinati al mercato nazionale. L'assenza di gruppi criminali locali, capaci di esercitare il controllo del territorio, ha favorito l'incremento di forme 34 di aggregazioni criminali di matrice straniera, ma anche italiana di diversa provenienza, dedite alla commissione di reati predatori, in particolare rapine e furti in abitazioni ed in esercizi commerciali. Il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti vede coinvolti soggetti di provenienza africana (nigeriani e tunisini), pakistani, bengalesi, talvolta in concorso tra loro o con italiani. Nell'ambito del favoreggiamento dell'immigrazione clandestina è stata riscontrata, in particolare, l'operatività di un'organizzazione transnazionale formata da ghanesi che introduceva illegalmente cittadini africani nel territorio nazionale percependo ingenti somme di denaro. Nell'ambito dei reati contro il patrimonio, i furti in abitazione sono attribuibili a soggetti albanesi, con flusso di beni e reinvestimenti in Albania, ma anche soggetti campani e calabresi in trasferta. Tra i reati di falso e truffa, si è documentata la presenza di organizzazioni attive nella commercializzazione di autoveicoli di lusso operando in completa evasione fiscale, truffa e falso. Inoltre, nel mercato di prodotti viticoli è stata riscontrata la violazione dei disciplinari “DOP” e “IGP” commettendo falsità nelle registrazioni, falsità ideologica, frode nell'esercizio del commercio, aggravata poiché relativa a vini le cui denominazioni di origine e indicazioni geografiche sono protette dalle norme vigenti nonché di contraffazione di tali denominazioni. La Provincia, inoltre, è risultata interessata da reati tributari e frodi fiscali poste in essere da vere e proprie associazioni per delinquere. Inoltre si evidenzia la presenza di bande giovanili, costituite principalmente da adolescenti specializzati in aggressioni e reati contro coetanei, oltre che di persone con disabilità. 3 In passato è stata documentata la presenza di elementi appartenenti alla famiglia “Campobello” di Mazara del Vallo (TP). Inoltre l'esistenza di un gruppo criminale trasversale, comprendente esponenti della ‘ndrangheta, della Camorra e dei Casamonica. Pordenone - La Guardia di Finanza, nell'ambito dell'operazione “Clepe et labora”, concernente episodi delittuosi di frodi fiscali e lavoro sommerso per il tramite di enti giuridici cooperativistici, ha dato esecuzione ad un provvedimento di sequestro per un importo di 4.050.000 euro (pari alle imposte evase) che ha riguardato unità immobiliari, beni mobili di valore (tra cui orologi di elevato pregio) e disponibilità finanziarie. Le indagini hanno complessivamente portato alla denuncia di 8 persone, alla emersione di 311 lavoratori irregolari, all'accertamento di redditi sottratti a tassazione per 5.700.000 euro, all'utilizzo di fatture per operazioni inesistenti per un importo di oltre 5.000.000 euro, nonché un'evasione di imposte stimata in circa 1.500.000 e contributi e ritenute non versate per 547.000 euro. 16 gennaio 2019 - Pordenone - La Polizia di Stato ha tratto in arresto 1 albanese e 1 italiano per detenzione ai fini di spaccio. 30 gennaio 2019 - Milano, e province di Bari, Firenze, Foggia, Livorno, Modena, Napoli, Padova, Pordenone, Ravenna, Reggio Emilia e Udine - L'Arma dei Carabinieri, a parziale conclusione dell'indagine “Puzzle”, ha dato esecuzione ad un decreto di perquisizione locale nei confronti di 107 indagati (amministratori, dipendenti ed i soci di una cantina vitivinicola di Rauscedo (PN)), tutti a vario titolo, responsabili di falsità nelle registrazioni, falsità ideologica commessa dal privato, frode in commercio aggravata poiché avente ad oggetto vini le cui denominazioni di origine e indicazioni geografiche sono protette dalle norme vigenti, nonché di contraffazione di tali denominazioni. 15 marzo 2019 - Pordenone - La Polizia di Stato, all'esito di indagini, ha eseguito 5 ordinanze di custodia cautelare nei confronti di 5 richiedenti asilo (pakistani, bengalesi e nigeriani) attivi nel traffico e spaccio di sostanze stupefacenti, in particolare eroina e cocaina. 19 marzo/14 agosto 2019 - Pordenone e territorio nazionale - La Guardia di Finanza, nell'ambito dell'operazione “Cars lifting”, ha disarticolato un'associazione per delinquere attiva nella commercializzazione di autoveicoli di lusso, che operava per il tramite di società con sedi legali fittizie a Roma e Palermo, ma realmente insistenti nelle province di Pordenone, Udine e Padova, responsabile di molteplici reati quali evasione fiscale, truffa e fraudolenta immatricolazione di autoveicoli dall'Unione Europea. Le indagini hanno consentito, complessivamente, di individuare operazioni illecite di compravendita riguardanti oltre 700 autoveicoli, fraudolentemente immatricolati sulla scorta di documentazione falsa, di rilevare condotte truffaldine in danno di 1.329 ignari soggetti, nonché di accertare ulteriori introiti illeciti per circa 2.150.000 euro correlati a truffe poste in essere mediante operazioni di vendita autoveicoli, per le quali si percepivano anticipi senza che poi si provvedesse alla consegna dei mezzi. Nel corso dell'operazione sono stati denunciati 20 soggetti (di cui 7 sottoposti a misura cautelare personale) per reati di associazione a delinquere, reati fiscali, falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale (per induzione), falsità materiale commessa da privato e truffa. Si è, inoltre, proceduto al sequestro preventivo di immobili, terreni, veicoli, beni di valore e disponibilità finanziarie per un valore di circa 3.500.000 euro. 12 aprile 2019 - Pordenone - La Polizia di Stato ha eseguito una ordinanza di custodia cautelare in carcere e perquisizioni nei confronti di 4 cittadini stranieri (ghanesi) componenti di una organizzazione transnazionale dedita all'introduzione illegale di cittadini africani, previa falsificazione dei documenti. Le indagini hanno consentito di accertare che gli indagati riuscivano a far giungere in Italia e nei paesi dell'U.E. cittadini africani predisponendo falsa documentazione, dai visti ai passaporti, per assicurarne l'ingresso illegale previo pagamento di ingenti somme di denaro. Sono stati sottoposti a sequestro numerosi passaporti di nazionalità ghanese e patenti di guida italiane, verosimilmente documenti tutti contraffatti ritraenti le effigi di persone di origine africana ed indiana. Sono stati rinvenuti inoltre pacchi e buste di corrieri internazionali, con recapiti da e verso il Ghana. 35 Pordenone - La Polizia di Stato, nell'ambito dell'operazione “Predoni”, ha eseguito una ordinanza di custodia cautelare in carcere nei confronti di 3 cittadini albanesi responsabili di 33 furti pluriaggravati in abitazioni e detenzione illegale di armi comuni da sparo. I furti, realizzati sempre nelle ore serali, hanno fruttato al gruppo criminale 1.000.000 di euro in beni fungibili quali denaro contante, preziosi, orologi e lingotti d'oro. 14 maggio 2019 - Pordenone - La Polizia di Stato ha eseguito 2 arresti nei confronti di 2 cittadini tunisini in Italia senza fissa dimora, per spaccio di sostanza stupefacente. 24 luglio 2019 - Pordenone - La Polizia di Stato nell'ambito delle attività volte ad infrenare il fenomeno delle bande giovanili, ha individuato un gruppo di minorenni che si accaniva contro una persona con invalidità con violenza verbale e fisica. Sono stati individuati 4 adolescenti costituenti un gruppo criminale capeggiato da un 15enne francese di origini maghrebine residente

in città, specializzato in aggressioni e reati contro la persona in danno non solo di coetanei, ma anche di adulti, oltre che di persone con disabilità. 2 ottobre 2019 - Brugnera (PN), Sacile (PN), San Vito al Tagliamento (PN), Tavagnacco (UD), Trieste - La Guardia di Finanza, nell'ambito di un'indagine in materia di indebite percezioni di finanziamenti regionali, ha eseguito un'ordinanza di sequestro preventivo per equivalente, nei confronti di 3 soggetti per truffa aggravata e reati in materia fallimentare, i quali, attraverso artifici e raggiri, inducendo in errore i funzionari competenti, avevano ottenuto indebitamente un finanziamento agevolato per l'importo di 839.500 euro. Il sequestro ha riguardato beni immobili, quote societarie e disponibilità finanziarie, nella concreta disponibilità degli indagati, per un controvalore di oltre 500.000 euro. 29 novembre 2019 - Pordenone, Venezia, Napoli e Varese - La Polizia di Stato, nell'ambito dell'attività di indagine scaturita da una serie di furti, rapine ed estorsioni in abitazioni, ha indagato in stato di libertà 6 italiani di origine campana e calabrese, facenti parte di una banda specializzata nella commissione reati contro il patrimonio. L'indagine è scaturita da una serie di furti in abitazione commessi nelle province di Pordenone e Venezia che avevano fruttato un bottino di oltre 300.000 euro. Nel corso delle perquisizioni domiciliari sono stati rinvenuti due quadri del '700 di rilevante pregio storico e artistico e del valore di circa 120.000 euro, oltre ad altre statuine antiche in corso di valutazione."

2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Nell'organigramma aziendale sono previste due posizioni organizzative: Area amministrativa contabile cui afferisce tutta l'attività e la gestione del budget dell'Ente e di alcuni procedimenti amministrativi e l'Area Tecnica cui afferisce tutta la gestione dell'ordinaria e straordinaria manutenzione della struttura ed in particolare la gestione delle opere di cui ai finanziamenti regionali ed europei.

Le entrate dell'Azienda sono costituite nella quasi totalità dalle rette di ricovero, suddivise in quote sociali a carico dell'assistito - eventualmente con la compartecipazione del Comune di residenza - e in quote sanitarie a carico del sistema pubblico;

3. L'INDIVIDUAZIONE DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

L'individuazione dei processi (da intendersi come sequenza di attività interrelate ed interagenti, che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione) consiste nello stabilire le unità di analisi aggregate per le cosiddette "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Le aree di rischio possono essere distinte in "generali" e "specifiche": quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (ad esempio: contratti pubblici, acquisizione e del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola ASP e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività dalla stessa svolte.

Nell'ASP di Spilimbergo vengono individuate le seguenti Aree di rischio, comprendenti i processi in corrispondenza delle stesse specificati:

Area di rischio generale "Contratti pubblici"

Processo: "Procedure di scelta del contraente per lavori e servizi e forniture"

Figure e servizi coinvolti:

Direttore Generale, Responsabile Area Tecnica, Responsabile Area Economico Finanziaria eventuali commissioni di gara.

Specifiche: viste le dimensioni dell'ASP di Spilimbergo, la quasi totalità dei lavori, servizi e forniture viene affidata per importi inferiori alla soglia comunitaria;

Area di rischio generale "Acquisizione del personale"

Processo: "Selezione di personale"

Figure e servizi coinvolti:

Direttore Generale, Responsabile Area Economico Finanziaria, eventuali commissioni di selezione.

Specifiche: con deliberazione del Consiglio di Amministrazione è stato approvato il Regolamento del Personale, che definisce tutti gli adempimenti e le procedure da seguire per la selezione del personale.

Area di rischio generale "Gestione del personale"

Processo: "Progressioni economiche del personale dipendente"

Figure e servizi coinvolti:

Direttore Generale, Consiglio di Amministrazione.

Specifiche: le attività afferenti al processo in specie sono disciplinate dal contratto decentrato integrativo mediante apposito accordo approvato con le Organizzazioni Sindacali il 16 maggio 2023, in relazione a quanto stabilito dal CCNL del Comparto Funzioni Locali stipulato il 16 novembre 2022.

Area di rischio generale "Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio"

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

Figure e servizi coinvolti: Direttore Generale, Responsabile Area Economico Finanziaria.

Specifiche: il patrimonio immobiliare di proprietà dell'ASP di Spilimbergo è costituito solo dalla sede istituzionale. Considerata la scarsa possibilità di alienazione e stipula di locazione per conto dell'Azienda, non è vigente uno specifico regolamento che disciplina materia.

Area di rischio generale "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio"

Processo: "Gestione economico finanziaria"

Figure e servizi coinvolti: Direttore Generale, Area Economico Finanziaria.

Specifiche: la gestione economico finanziaria dell'Azienda è autorizzata dal Consiglio di Amministrazione e definita nei criteri generali dallo Statuto, dal Regolamento di Organizzazione degli Uffici e dei Servizi e dal Regolamento di Contabilità dell'ASP.

Tutta l'attività economico-finanziaria dell'Azienda è, altresì, soggetta al controllo e alla revisione contabile da parte del Revisore dei Conti.

Area di rischio generale "Incarichi e nomine"

Processo: "Procedure di scelta del contraente per incarichi professionali"

Figure e servizi coinvolti: Direttore Generale, Responsabile Area Tecnica.

Specifiche: gli incarichi professionali, considerato il ridotto importo degli onorari, sono tutti conferiti con affidamento diretto ed in base a specifiche competenze dei candidati.

Area di rischio generale "Affari legali e contenzioso"

Processo: "Procedure di scelta del contraente per incarichi di patrocinio legale"

Figure e servizi: Direttore Generale.

Specifiche: gli incarichi legali, considerato il ridotto importo degli onorari, sono tutti conferiti con affidamento diretto ed in base a specifiche competenze dei professionisti

Area di rischio specifica "Attività assistenziale"

Processo: "Esercizio della funzione assistenziale"

Figure e servizi coinvolti: tutto il personale addetto ai servizi socio-sanitari assistenziali;

Specifiche: la Legge n. 190/2012 ha modificato l'art. 318 del codice penale "Corruzione per l'esercizio della funzione", che risulta così formulato: "pubblico ufficiale che, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta la promessa è punito con la reclusione da uno a cinque anni". Tale articolo, sempre a seguito delle modifiche introdotte dalla Legge n. 190/2012, risulta applicabile anche agli incaricati di pubblico servizio, pur con pene ridotte.

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Secondo il PNA la valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio, nella quale questo viene "identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive e preventive (trattamento del rischio)".

La ASP Spilimbergo provvede alla valutazione del rischio corruttivo rifacendosi agli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 ed alle indicazioni in materia desumibili dalle indicazioni fornite dall'ANCI.

In applicazione della suddetta metodologia di tipo qualitativo, in corrispondenza di ciascun processo sopra elencato, è risultato il livello di rischio sotto riportato.

Nel seguente prospetto si trovano i riepiloghi delle valutazioni per l'indicatore di probabilità di impatto da cui risulta la valutazione sotto riportata:

AREA DI RISCHIO GENERALI	PROCESSO	SERVIZI COINVOLTI	INDICATORE DI PROBABILITÀ	INDICATORE DI IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
Contratti pubblici	Procedure di scelta del contraente	Direttore Generale	basso	basso	basso
Acquisizione e gestione del personale	Selezione del personale	Direttore Generale Commissioni	basso	basso	basso
	Progressioni orizzontali dei dipendenti	Direttore Generale, delegazione di parte datoriale			
Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio	Procedure di scelta del contraente per fitti, locazioni e alienazioni.	Direttore Generale	minimo	minimo	minimo
	Gestione economico finanziaria	Direttore Generale Titolare di Posizione organizzativa Area Economico Finanziaria	medio	medio	medio
Incarichi e nomine	Procedure di scelta del contraente per incarichi professionali	Direttore Generale	basso	basso	minimo
Affari legali e contenzioso	Procedure di scelta del contraente per patrocinio legale	Direttore Generale	basso	basso	minimo
Attività assistenziale	Esercizio della funzione	Tutto il personale addetto ai servizi socio sanitari	basso	alto	medio

5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Rispetto ai processi risultati dall'analisi con un livello di rischio medio ("Gestione economico finanziaria" ed "Esercizio della funzione assistenziale"), risulta indispensabile programmare, in tempo e sulla base delle risorse disponibili e delle priorità rilevate, l'attuazione di misure specifiche e puntuali ed in particolare si propone:

Relativamente al processo gestione economico finanziaria" la puntuale registrazione giornaliera, della cassa economica, la massima informatizzazione dei flussi Azienda — Banca Tesoriere;

Relativamente al processo "Esercizio della funzione assistenziale"

Capillare diffusione per i nuovi assunti delle prassi di comportamento e dei protocolli adottati dalla struttura ai fini dell'accreditamento della struttura ai sensi del D.P.Reg. n. 107/PRES dd. 18.08.2022;

Revisione ed aggiornamento di tutte le procedure assistenziali affinché, in particolare quanto previsto dai protocolli per l'accreditamento sia recepito universalmente nelle stesse;

6. RENDICONTAZIONE A RICHIESTA

Su semplice richiesta del Direttore, il personale interno e quello di soggetti che svolgono servizi all'interno dell'Azienda sono tenuti a fornire informazioni su qualunque atto rientrante tra le attività a elevato rischio di corruzione.

7. RENDICONTAZIONE PERIODICA

Con cadenza annuale, il Direttore fornisce le informazioni sui processi decisionali, anche al fine di monitorare il rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti, nonché eventuali legami di parentela o affinità con i contraenti o con i soggetti interessati dai procedimenti.

In particolare:

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi, forniture e affidamento di incarichi professionali

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

Selezione di personale:

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

Progressioni economiche del personale dipendente:

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

PARTE IV – ATTIVITÀ FORMATIVA E RISPETTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO.

1. FORMAZIONE

Il Direttore Generale inserirà nel piano annuale di formazione del personale, una sessione formativa di 4 ore: La formazione sarà strutturata in due ambiti:

- ❖ uno generale, rivolto ai dipendenti mirato all'aggiornamento delle competenze e alle tematiche dell'etica e della legalità;
- ❖ uno specifico rivolto al RPCT, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto dallo stesso Responsabile.

La formazione rivolta al personale dipendente sarà estesa anche al personale degli operatori economici che svolgono servizi in appalto.

La formazione deve altresì essere orientata all'esame di casi concreti calati nel contesto dei servizi assistenziali dall'Azienda, e deve contribuire a costruire capacità tecniche e comportamentali negli addetti a tali servizi.

2. MISURE DI CARATTERE GENERALE: APPLICAZIONE DELLE NORME DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

Controllo del rispetto delle norme del Codice di comportamento e relativa attivazione della responsabilità disciplinare in caso di violazione dei doveri di comportamento, preceduta da idonea formazione del personale.

Ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001, e s.m.i., e dell'art. 1, comma 2, del D.P.R. n. 62/2013, l'ASP ha predisposto il proprio Codice di comportamento, alla cui osservanza sono tenuti tutti i dipendenti dell'Azienda, nonché - per quanto compatibile - tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, i titolari di organi e di incarichi negli uffici di supporto agli organi di direzione politica dell'Azienda ed i collaboratori, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni o servizi della ASP.

L'adozione di tale Codice di comportamento, che tiene conto, in via primaria, delle regole contenute nel citato D.P.R. n. 62/2013, rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera della CIVIT n. 72 del 2013; a tal fine il codice costituisce elemento essenziale del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2023-2025.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione vigilerà sul rispetto delle norme del suddetto Codice e provvederà all'azione di responsabilità disciplinare in caso di violazione dei doveri di comportamento in esso previsti, salva l'eventuale responsabilità civile, penale e/o amministrativa

Ai fini dell'osservanza del suddetto Codice di comportamento da parte di collaboratori esterni a qualsiasi titolo, ai collaboratori delle imprese che forniscono beni o servizi o eseguono opere a favore dell'Azienda, saranno modificati gli schemi di incarico, contratto e bando inserendo negli stessi sia l'obbligo di osservare il Codice di comportamento, sia disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal ridetto Codice di comportamento.

PARTE V – VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI LEGGE IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE DI INCARICHI ESTERNI IN APPLICAZIONE DELLA D.LGS 39 DEL 2013

1. INCARICHI E ATTIVITÀ NON CONSENTITE AI PUBBLICI DIPENDENTI

L'art. 53, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001, e s.m.i., prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione Pubblica diversa da quella di appartenenza, o da società o Persone fisiche, che svolgono attività di impresa o commerciale, sono disposti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche Potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

2. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI E DI RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DI VERTICE

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 prevede situazioni da cui consegue l'inconferibilità (Capi II, II e IV) o l'incompatibilità (Capi V e VI) di incarichi presso pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e presso enti di diritto privato in controllo pubblico.

L'Azienda è tenuta pertanto a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative (inconferibilità) in capo ai dipendenti e/o soggetti a cui si intendono conferire gli incarichi previsti dai Capi III e IV del citato Decreto Legislativo n. 39/2013.

L'accertamento dell'assenza delle predette cause dovrà avvenire mediante l'acquisizione di idonea dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e presentata al Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda.

Tale dichiarazione è condizione per l'acquisizione di efficacia dell'incarico.

Nel caso in cui si verifichi una causa di incompatibilità, questa potrà essere rimossa mediante la presentazione - entro 15 giorni dalla data di ricezione del conferimento dell'incarico, pena la decadenza dello stesso - della rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibile.

3. CONTROLLI SU PRECEDENTI PENALI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI E DELL'ASSEGNAZIONE AD UFFICI ED AI FINI DELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI DI CONCORSO E DI GARA.

Il Direttore verificherà l'insussistenza di eventuali condanne, anche con sentenze non passate in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della costituzione delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; _
- all'atto della costituzione delle commissioni di concorso.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione di ufficio, ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei procedimenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione; applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

4. INCARICHI DI CONSULENZA.

Prima della nomina di un consulente, l'Azienda acquisisce la seguente documentazione:

- dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali, o abbia ricoperto o ricopra cariche, oltre che dell'impegno del consulente di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico. La suddetta dichiarazione dovrà essere aggiornata periodicamente.

E' competenza del RPCT verificare le suddette dichiarazioni mediante la consultazione di banche dati liberamente accessibili, l'acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato, audizione di quest'ultimo per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche.

5. ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

Valutata la struttura dell'Azienda, è impossibile coniugare il principio della rotazione degli incarichi ai fini di prevenzione della corruzione con l'efficienza degli uffici, visto il numero minimo di addetti (allo stato attuale n. 1 Direttore e n. 2 Titolari di Posizione Organizzativa 2 istruttori amministrativi) e la complessità gestionale dei procedimenti trattati.

6. RACCOLTA SEGNALAZIONE ILLECITI E TUTELA DEI DIPENDENTI CHE SEGNALANO ILLECITI.

Allo scopo di venire a conoscenza di eventuali illeciti verificatisi all'interno dell'Azienda o, comunque, interessanti il personale in essa operante o soggetti terzi ad essa viene adottata la scheda allegata atta a consentire la segnalazione di illeciti, anche in forma anonima. Tali segnalazioni potranno essere fatte pervenire alla ASP nei modi indicati nella scheda stessa, ed in forma tale da garantire l'anonimato dei compilatori.

L'Azienda dichiara di attenersi espressamente quanto indicato all'art. 54-bis del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165, e s.m.i., per quanto concerne la tutela dei propri dipendenti che si rendessero autori di segnalazioni di condotte illecite verso l'autorità giudiziaria, verso la Corte dei Conti, verso l'ANAC ovvero verso il proprio superiore gerarchico, salvo quanto previsto nei casi di calunnia e diffamazione

7. PANTOUFLAGE

L'art. 1, comma 42, lett. l), della Legge n. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla C.d. "incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 il comma 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, nei tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è inoltre preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente ed accertati ad essi riferiti.

Come previsto al paragrafo 9 "Pantouflage", punto 9.1 – "Ambito di applicazione" del Piano nazionale anticorruzione approvato con delibera ANAC n. 1074/2018, il divieto di pantouflage, nonostante sia previsto dal comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e, pertanto, specificatamente per le pubbliche amministrazioni, "è da riferirsi non solo ai dipendenti degli enti pubblici non economici (già ricompresi fra le pubbliche amministrazioni) ma anche ai dipendenti degli enti pubblici economici, atteso che il d.lgs. 39/2013 non fa distinzioni fra le due tipologie di enti (come rilevato dal Consiglio di Stato)".

Per agevolare l'applicazione di questo istituto e per evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma, si prevede l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, così come i partecipanti a procedure di affidamento di forniture, servizi e lavori attivate dall'Azienda dovranno, al momento della presentazione della documentazione attestante il possesso dei requisiti generali e speciali, oltre che dichiarare di obbligarsi al rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di comportamento adottato dalla ASP, attestare anche di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Azienda che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei della medesima società, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Il RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, segnala detta violazione ad ANAC e all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio, nonché all'ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

PARTE VI – TRASPARENZA E INTEGRITÀ

1. TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI

Il D.Lgs. n. 97/2016, con le modifiche apportate al D.Lgs. n. 33/2013 e alla Legge n. 190/2012, ha previsto che all'interno del PTPC siano anche definite le misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza, sopprimendo così il Programma triennale per la trasparenza e integrità quale atto separato dal PTPC e, contestualmente, stabilendo che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza sia parte integrante del PTPC, come apposita sezione che deve contemplare le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di e informazioni previsti dalla normativa vigente.

In adempimento a quanto sopra il presente Piano ha, tra l'altro, l'intento di attuare concretamente gli obblighi di trasparenza e di stabilire un rapporto di informazione con i destinatari esterni dei programmi dell'Azienda, al fine di avviare un processo virtuoso di informazione e condivisione dell'attività posta in essere ed alimentare un clima di fiducia verso l'operato della stessa. Tale obbligo trova, nell'attuale contesto tecnologico e informatico, un'ampia possibilità d'accesso e conoscibilità dell'attività amministrativa e di tutte le informazioni che la accompagnano.

Tuttavia, la pubblicazione on line delle informazioni deve rispettare alcuni limiti posti dalla legge.

È necessario, innanzitutto, delimitare le sfere di possibile interferenza tra la disciplina della trasparenza e quella concernente l'obbligo di protezione dei dati personali, in modo da realizzare un punto di equilibrio tra i valori che esse riflettono in sede di concreta applicazione.

L'importanza di un continuo bilanciamento tra tali principi e valori è messa in rilievo normativa europea (sul tema si veda la Direttiva CE n. 46 del 24 ottobre 1995 e, più specificamente, in relazione al rapporto tra tutela della riservatezza e comunicazioni elettroniche, la Direttiva CE n. 58 del 12 luglio 2002) e, da ultimo, dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, che evidenzia la necessità di operare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni dalle pubbliche amministrazioni.

In materia è intervenuto il Garante per la protezione dei dati personali che, in data 2 marzo 2011, ha adottato le "Linee guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in documenti effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web".

Tanto l'ANAC, quanto il Garante per la protezione dei dati personali, richiamano in particolare il principio di proporzionalità, volto a garantire che i dati pubblicati, il modo e i tempi di pubblicazione, siano pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, anche per garantire il "diritto all'oblio" degli interessati, il diritto cioè di ogni cittadino a non essere ricordato sui media per qualcosa che non riflette più la sua identità.

È assolutamente necessario che l'Azienda, prima di mettere a disposizione sul proprio sito web istituzionale dati o documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichi che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo della pubblicazione.

In particolare, l'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art.5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di: liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

2. MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER E RISULTATI DI TALE COINVOLGIMENTO

Ascolto degli stakeholder. Gli ospiti, i familiari degli il personale e altre parti interessate sono coinvolti attraverso diverse modalità.

Innanzitutto, almeno biennialmente, sono somministrati questionari per la rilevazione del loro grado di soddisfazione familiari e personale). I risultati sono condivisi con gli interessati affiggendoli su apposita sezione del sito. Si dovrà cercare di esplorare e/o programmare l'introduzione di nuovi sistemi di rilevazione della soddisfazione degli utenti e/o l'affinamento dei sistemi di rilevazione attualmente in uso, per renderli più alle nuove esigenze di trasparenza.

3. POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona è dotata di casella di posta elettronica certificata (PEC) aspspilimbergo@qnetpec.it.

4. RESPONSABILE DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE DEI DOCUMENTI, DELLE INFORMAZIONI E DEI DATI

In ottemperanza a quanto previsto al punto 4 della premessa al PNA 2016, viene individuato nel Direttore il "Responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni"; conseguentemente lo stesso Direttore può pubblicare direttamente i dati sul sito web istituzionale, tenendo conto della necessità temporale degli aggiornamenti indicata nelle Linee guida approvate con la citata deliberazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016.

5. MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Per "Accesso Civico", istituto previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., si intende il diritto, completamente gratuito per chiunque, di poter richiedere documenti, informazioni o dati, nei casi in cui ne sia stata omessa la pubblicazione obbligatoria, senza necessità che la relativa richiesta siano motivate e senza possibilità per l'amministrazione di porre alcuna limitazione quanto alla azione soggettiva del richiedente.

Con determinazione n. 1309 del 28/12/2016, l'ANAC ha approvato le linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i..

In particolare il novellato art. 5, comma 2, dello stesso D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i. - ai sensi del quale "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis, si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla di situazioni giuridicamente e avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, dando vita ad una nuova tipologia di accesso denominata "accesso generalizzato".

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" - denominato "accesso civico" - previsto dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013, e disciplinato già prima delle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione 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

Per esercitare concretamente il diritto di accesso civico, l'interessato deve utilizzare l'indirizzo di posta elettronica certificata dell'Ente (aspspilimbergo@qnetpec.it) inoltrando apposita richiesta al Responsabile per la prevenzione delle corruzione che svolge anche le funzioni di responsabile per la trasparenza.

Il Responsabile si pronuncia sulla richiesta di "accesso civico" comunicando al richiedente l'esito della sua richiesta; dopo la comunicazione della pronuncia, ed entro trenta giorni dalla stessa, l'Ente procede alla pubblicazione stessa, trasmettendo contestualmente al richiedente il documento, l'informazione o il dato richiesto. Il Responsabile cura ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i..

Se il documento, l'informazione, o il dato risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della trasparenza indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Se il Responsabile della trasparenza non si pronuncia, o decorrono i 30 giorni, si ha l'ipotesi di mancata risposta. In tal caso il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo previsto dall'art. 2, comma 9-bis, della Legge n. 241/1990, e s.m.i. Per la ASP di Spilimbergo il titolare del potere sostitutivo è il Presidente pro-tempore.

Anche per l'accesso generalizzato l'interessato deve utilizzare l'indirizzo di posta elettronica dell'Ente inoltrando apposita richiesta al Responsabile per la prevenzione della corruzione che svolge anche le funzioni di responsabile per la trasparenza.

6. STATO DI FATTO

Tutto ciò premesso, l'ASP di Spilimbergo, nell'ambito del presente Piano, ed in coerenza con le linee guida citate, provvede alla pubblicazione sul sito web istituzionale e all'interno dell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" con accesso diretto dalla home page, di un'ampia serie di ed informazioni che sono soggette ad obbligo di pubblicazione.

Come stabilisce il D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., ogni sotto-sezione presenta un "contenuto minimo", per cui, in ognuna di esse, possono essere comunque altri contenuti riconducibili all'argomento, ritenuti utili per garantire un maggior livello di trasparenza. Eventuali ulteriori contenuti da pubblicare ai fini di trasparenza, e non riconducibili a nessuna delle sotto-sezioni indicate, devono essere pubblicati nella sotto-sezione "Altri contenuti".

L'ASP di Spilimbergo è sottoposta alla medesima disciplina prevista per le p.a. «in quanto compatibile» (art. 2-bis, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i.). Pertanto ha individuato nell'allegato "A" al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la struttura e i contenuti della sezione del sito web "Amministrazione Trasparente", seguendo la medesima disciplina prevista per le pubbliche amministrazioni.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE A.3 – ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA): al momento non è stata ravvisata la necessità di adottare tale Piano, in considerazione del numero esiguo di dipendenti e della necessità di garantire la presenza costante degli uffici agli ospiti e ai parenti.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

L'Asp di Spilimbergo, in quanto Amministrazione con meno di 50 dipendenti, non è tenuta al monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MAIORANA FRANCESCO

CODICE FISCALE: MRNFNC70T01G888J

DATA FIRMA: 29/06/2023 07:22:41

IMPRONTA: 5484A4F4690A7B7FCA640154211D80F627BEC80FA42A024134712FC41F69FDD6
27BEC80FA42A024134712FC41F69FDD6DD7657B934A24A53F557FEB579C4AA25
DD7657B934A24A53F557FEB579C4AA254F99246A97EA407E9BB0BD8E7C8E5C83
4F99246A97EA407E9BB0BD8E7C8E5C83A0EA71AE43A77EC2496070ACF768B94F

NOME: SANDRI MOIRA

CODICE FISCALE: SNDMRO76C41I904G

DATA FIRMA: 29/06/2023 07:24:25

IMPRONTA: 291EF822F9BDA501066E1AF6107CFCD6D3A6826EFDA5DCE1BF03E8F0FA10CBB2
D3A6826EFDA5DCE1BF03E8F0FA10CBB28CAFFA5A05877BD21AB6F803BEEA935A
8CAFFA5A05877BD21AB6F803BEEA935A745636ECB46F6B1230BC5C01377893DC
745636ECB46F6B1230BC5C01377893DCF82083F48C9EF652E56439B4456AE84E