

I.P.A.B. “SUOR DIODATA BERTOLO”

Via San Gaetano n. 24

36066 SANDRIGO (VI)

Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2023-2025

Approvato con O.P. n° 02 del 31.03.2023 e pubblicato nell'apposita sezione della “Amministrazione trasparente” del sito internet www.diodatabertolo.it.

Indice dei contenuti

1 Sezione 1: Premessa

1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione

2 Sezione 2: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

3 Sezione 3: Valore pubblico, performance e anticorruzione

3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

3.2 Sottosezione di programmazione - Performance

3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità

3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza

3.3.3.3 Trattamento del rischio

3.3.4 Analisi del contesto

3.3.4.1 Contesto esterno

3.3.4.2 Contesto interno

3.3.5 Valutazione del rischio

3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi

3.3.5.2 Analisi del rischio

3.3.6 Ponderazione del rischio

3.3.7 Trattamento del rischio - Misure

3.3.7.1 Misure

3.3.7.1.1 M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza

3.3.7.1.2 M02: Codici di Comportamento

3.3.7.1.3 M03: Informatizzazione dei processi

3.3.7.1.4 M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

3.3.7.1.5 M05: Monitoraggio dei tempi procedurali

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

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

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

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

- 3.3.7.1.10 M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici
- 3.3.7.1.11 M11: Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving Doors)
- 3.3.7.1.12 M12: Whistleblowing
- 3.3.7.1.13 M13: Patti di integrità
- 3.3.7.1.14 M14: Formazione
- 3.3.7.1.15 M15: Rotazione del personale addetto alle aree di rischio di corruzione
- 3.3.7.1.16 M16: Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- 3.3.7.1.17 M17: Regolamenti e procedure
- 3.3.7.1.18 M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro
- 3.3.7.1.19 M19: Rotazione "straordinaria" del personale
- 3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio
- 3.3.9 Trasparenza e Integrità
 - 3.3.9.1 Responsabili della pubblicazione, procedura di pubblicazione dei dati e obiettivi
 - 3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni
 - 3.3.9.3 Accesso documentale (Artt.22 e ss. Legge n.241/1990)
 - 3.3.9.4 Accesso civico semplice (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)
 - 3.3.9.5 Accesso civico generalizzato (Art.5 Dlgs n.33/2013 e ss.mm.ii.)

4 Sezione 4: Organizzazione e capitale umano

- 4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa
- 4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile
- 4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale

5 Sezione 5: Monitoraggio

1 Sezione 1: Premessa

1.1 Il Piano Integrato Attività e Organizzazione

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

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

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

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

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

IPAB Suor Diodata Bertolo di Sandrigo (VI) si riserva di modificare e/o integrare il Piano anche a seguito dell'emanazione delle specifiche linee guida da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, e/o eventuali aggiornamenti normativi.

Il presente Piano è stato approvato con O.P. nr. 02 del 31/03/2023.

2 Sezione 2: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione Ente	IPAB SUOR DIODATA BERTOLO
Sede legale	Via S. Gaetano, 24 – Sandrigo (VI)
Codice fiscale Ente	95037220241
Partita Iva Ente	02522530241
Contatti	Telefono: 0444 756492 e-mail: segreteria@diodatabertolo.it pec: diodatabertolo@pec.it
Sito internet	www.diodatabertolo.it

3 Sezione 3: Valore pubblico, performance e anticorruzione

3.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

A tal fine s'informa che la Mission specifica per la nostra IPAB è la seguente:

“L’IPAB Suor Diodata Bertolo è un Ente che riconosce la centralità della persona in tutte le sue componenti e persegue obiettivi di benessere fisico, psicologico, sociale e di tutela;

l’IPAB Suor Diodata Bertolo dà risposte costanti ai bisogni assistenziali, sanitari e sociali delle persone in difficoltà ed in particolare delle persone anziane autosufficienti e non autosufficienti”.

3.2 Sottosezione di programmazione - Performance

Il Piano delle Performance risulta il seguente:

Premessa

Le IPAB e gli Enti Locali non risultano, diretti destinatari delle norme di cui al D.Lgs 150/2009 e alle modifiche di cui al D. Lgs. 74/2017, non sono obbligate alla costituzione dell’OIV, ma rientrano fra gli Enti locali soggetti all’adeguamento dei loro ordinamenti pur nell’autonomia organizzativa e regolamentare che li caratterizzano;

Ciò premesso, questa Amministrazione nell’ambito della propria autonomia statutaria e regolamentare, adotta il Piano delle Performance per il periodo 2023-2025, precisando che la natura programmatoria del Piano rende maggiormente evidenziabili gli obiettivi per il 2023 (stabiliti in apposita delibera del CdA), risultando non di semplice attuazione l’evidenziazione del biennio successivo.

Il presente documento risulta assai utile anche per soddisfare quanto richiesto dall’Ulss 8 in tema di rinnovo delle procedure di accreditamento (L.R.22/2002-Dgr 84/2007) che prevedono la creazione di modelli di programmazione e di rendicontazione degli obiettivi in un Ente inserito nel sistema autorizzativo Regionale.

Pertanto, la rappresentazione dello sviluppo dello schema è la seguente:

- 1. Presentazione dell’Ente
- 2. Analisi del contesto
- 3. Obiettivi: classificazione
- 3.1 Obiettivi: individuazione
- 3.2 Obiettivi: valutazione
- 4. Coerenze con il bilancio

Lo schema rappresenta uno strumento snello e gestibile adatto alla peculiarità organizzativa di questa IPAB e si concentra prioritariamente sugli obiettivi dell’anno 2023, risultando difficilmente attendibile una programmazione su base triennale poiché l’esito di molte iniziative (capacità recettiva, potenziamento Alzheimer, servizi territoriali ...) dipende dalla volontà programmatoria di altri soggetti istituzionali (Regione Veneto in primis).

- 1. PRESENTAZIONE DELL’ENTE

L’impegno di Sandrigo per gli anziani prende corpo qualche tempo dopo la seconda Guerra mondiale. Fino alla fine degli anni ’60 un piccolo numero di persone anziane era ospitato presso l’Ospedale Civile di Sandrigo in un reparto separato.

Con l’avvento di nuove norme sulla sanità pubblica, il reparto è stato soppresso e le persone ospitate sono state dimesse.

L’Amministrazione comunale ha affrontato la situazione con urgenza provvedendo da una lato ad alloggiare gli ospiti presso alcune case di riposo limitrofe, dall’altro a ristrutturare l’ex asilo infantile di Via S. Gaetano, ormai in disuso.

Nel 1973 fu inaugurata la nuova Casa di Riposo in Sandrigo, furono fatti rientrare tutti gli ospiti ricoverati altrove e ne fu affidata la gestione all’ E.C.A. (Ente Comunale di Assistenza) ente istituito in ogni Comune d’Italia con legge del 1937, allo scopo di“assistere individui e famiglie in condizioni di particolari necessità”.

L' E.C.A. provvide ad organizzare la struttura con il personale ed i mezzi necessari, ospitando all'inizio persone non autosufficienti, ed amministrò la struttura fino al 1978, anno in cui l'Ente fu sciolto, in forza della Legge Regionale n. 26/1978.

Personale e mezzi furono trasferiti al Comune di Sandrigo che gestì direttamente la Casa di Riposo fino al 1995 quando fu eretta in I.P.A.B. (Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza) com' è tuttora.

Il percorso dall' ECA all' IPAB è scandito dai seguenti avvenimenti:

- **23 dicembre 1992:** il Consiglio Comunale di Sandrigo approva lo statuto della nuova I.P.A.B. con deliberazione n. 293
- **27 gennaio 1993:** il Co.Re.Co. (Comitato regionale di controllo) prende atto della deliberazione senza osservazioni, con ordinanza n.395/1
- Il tutto viene inviato al Presidente della Regione per il decreto di approvazione, ma la Giunta Regionale propone osservazioni e modifiche
- **23 dicembre 1994:** il Consiglio Comunale di Sandrigo accoglie le osservazioni e modifiche proposte dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 104.
- **24 gennaio 1995:** il Presidente della Giunta Regionale del Veneto decreta il riconoscimento giuridico dell' Ente come Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza in base alla Legge statale del 1890.

La gestione della Casa di riposo passa definitivamente all'**IPAB Suor Diodata Bertolo** che, in quel momento, accoglie 47 ospiti complessivamente.

Nel corso del 2002 viene acquisito un reparto di casa di riposo, in precedenza gestito dall'Istituto Salvi di Vicenza, presso la **sede dell'ex ospedale di Sandrigo** di proprietà dell'Azienda ULSS n.6, nel 2004 ancora presso la sede del centro Sanitario Polifunzionale di Piazza Zanella (ex ospedale) viene aperta una RSA da riconversione ospedaliera a valenza riabilitativa di 30 posti letto successivamente trasformato in NAISS (Nucleo di Assistenza Intermedia Socio Sanitaria) ed ora ulteriormente trasformatosi in Unità Riabilitativa Territoriale (26 posti letto) e Ospedale di Comunità (12 posti letto).

Attualmente l'IPAB gestisce globalmente 162 posti letto di cui 120 di Centro Servizi per Anziani non Autosufficienti, 6 posti letto per anziani autosufficienti (per i quali è stata acquisita autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per la trasformazione in posti per non autosufficienti a ridotto minimo bisogno assistenziale), 6 posti di Centro Diurno per anziani non autosufficienti, 26 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale e 12 posti letto di Ospedale di Comunità.

L'Ente accoglie per i servizi di residenzialità definitiva e diurna, persone auto e non autosufficienti principalmente dal Distretto Est dell'Ulss8 Berica ma anche dal Distretto Ovest della stessa Ulss e dalle aziende Ulss limitrofe.

Le due sedi dell'Ente sono ubicate a poca distanza dal centro cittadino e dispongono di aree verdi, in particolare la Struttura di Via San Gaetano dispone di un grande parco attrezzato. Sono stati ultimati i lavori della nuova sede affiancata alla struttura di Via San Gaetano.

La struttura organizzativa è divisa in Nuclei affidati a Coordinatori di Nucleo con un Responsabile di area dei servizi socio-assistenziali e sanitari, le figure riabilitative sono coordinate da una specifica figura. L'ambito amministrativo, con gli uffici: segreteria, economato, rette ragioneria e risorse umane, è coordinato dalla Responsabile dell'Area Amministrativa. Il Responsabile della Qualità ha il compito di implementare i percorsi del miglioramento continuo.

L'Ente ha esternalizzato alcuni servizi quali il servizio di ristorazione, lavanderia ed il servizio di pulizia degli ambienti.

UNITA' DI OFFERTA SEDE DI PIAZZA ZANELLA

Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti

La sede di Piazza Zanella può accogliere 56 Ospiti non autosufficienti a ridotto-minimo bisogno assistenziale (1° livello) e 24 Ospiti non autosufficienti a maggior bisogno assistenziale (2° livello ad esaurimento). Le unità di offerta sono organizzate in nuclei ed affidati a diversi team di OSS e Infermieri e altre figure professionali stabilite dalla L.R. 22/2002.

Il Coordinamento è affidato a Coordinatori di Nucleo (OSS appositamente formato) e al Coordinatore Infermieristico (Infermiere) che ha il compito di effettuare un coordinamento di tutta la struttura. Nei Nuclei operano due Medici di Medicina Generale. Le figure professionali di Assistente Sociale, Fisioterapista, Logopedista, Educatore/Animatore e Psicologo, operano in modo trasversale nei diversi nuclei e nelle altre sedi dell'Ente.

Alcuni nuclei condividono vari spazi comuni quali: l'ambulatorio medico, quello infermieristico, il cucinotto di reparto, la palestra e la sala animazione.

Unità Riabilitativa Territoriale URT

Presso il primo piano del Centro Polifunzionale di Piazza Zanella (ex Ospedale) è attivo un nucleo di Unità Riabilitativa Territoriale di 26 posti letto attivato con la trasformazione del Nucleo N.A.I.S.S. di 30 posti letto aperto nel 2004 con un progetto di RSA da riconversione ospedaliera ad indirizzo riabilitativo.

Il nucleo è assistito da un team dedicato Infermieri, Case Manager, Operatori Socio Sanitari, mentre Assistenti Sociali, Fisioterapisti, logopedista, e psicologo operano in modo trasversale. Il servizio medico è affidato a quattro medici e ad una direzione sanitaria. L'URT è coordinata da un Coordinatore Infermieristico.

L'Ente con provvedimento del Comune di Sandrigo (Prot. 2377 del 21.06.2016) ha ricevuto l'autorizzazione alla realizzazione per un n. 30 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale URT. L'autorizzazione all'esercizio e il conseguente accreditamento istituzionale sono stati successivamente acquisiti per n. 26 posti letto in relazione alla nota dell'Azienda Ulss n. 6 Vicenza (prot. 75599 del 21/10/2016) in cui si esplicita che "il piano economico finanziario di sostenibilità [...] stabilisce che il numero massimo di posti letto, attivabili in una prima fase, si attesta in 26 posti letto.

Ospedale di Comunità

Al primo piano del Centro Polifunzionale di Piazza Zanella sono attivi anche n. 4 posti letto di Ospedale di Comunità attivati con la trasformazione del Nucleo N.A.I.S.S. di 30 posti letto aperto nel 2004 con un progetto di RSA da riconversione ospedaliera ad indirizzo riabilitativo. Il nucleo è assistito da un team dedicato Infermieri, Case Manager, Operatori Socio Sanitari, mentre Assistenti Sociali, Fisioterapista, logopedista, e psicologo operano in modo trasversale. Il servizio medico è affidato a quattro medici e ad una direzione sanitaria. L'OdC è coordinata da un Coordinatore Infermieristico.

L'Ente con provvedimento del Comune di Sandrigo (Prot. 3599 del 10.10.2016) ha ricevuto l'autorizzazione alla realizzazione per un n. 20 posti letto di Ospedale di Comunità. L'autorizzazione all'esercizio e il conseguente accreditamento istituzionale sono stati successivamente ridotti a n. 4 posti letto e motivati dalla limitata sostenibilità economica del progetto come precisato con nota prot. 339988 del 02.09.2016 Unità Organizzativa Strutture Intermedie e socio-sanitarie territoriali della Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto.

Successivamente la Regione Veneto con DGR nr. 614 del 14 maggio 2019 ha definito l'assegnazione di ulteriori n° 8 posti letto di Ospedale di Comunità a questo Ente per i quali sono stati acquisiti sia l'autorizzazione all'esercizio che l'accreditamento istituzionale.

SEDE DI VIA SAN GAETANO

Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti e Centro Diurno.

Il reparto San Gaetano è la sede storica dell'Ente è disposta su due piani ed è assistita da un unico team di OSS e Infermieri.

Il Coordinatore di Nucleo (OSS appositamente formato) si prende carico della sede per 36 ore settimanali. Nel Nucleo opera un Medico di Medicina Generale dedicato. Le figure professionali di Assistente Sociale, Fisioterapista, Logopedista, Educatore/Animatore e Psicologo, operano in modo trasversale anche nelle altre sedi dell'Ente.

E' appena stato completato il primo stralcio funzionale della nuova struttura di Via San Gaetano adiacente a quella esistente.

Nella nuova struttura verranno trasferiti tutti i posti letto presenti nella sede storica, in particolare:

- n. 40 posti letto per persone anziane non autosufficienti,
- n. 6 posti letto per persone anziane non autosufficienti attivati per trasformazione dei posti letto per autosufficienti esistenti
- n. 6 posti di Centro Diurno per anziani non autosufficienti.

Il lotto uno della nuova struttura è stato temporaneamente modificato per permettere la collocazione di tutti locali previsti dalla L.R. 22/2002.

Una volta trasferiti tutti gli Ospiti dalla sede storica alla nuova struttura, verrà avviata la costruzione di un secondo stralcio funzionale (lotto due) che prevede la ristrutturazione completa della vecchia sede.

Completati i lavori del lotto due, la struttura di Via San Gaetano potrà accogliere ulteriori 30 posti letto per persone anziane non autosufficienti. E' prevista la revisione delle modifiche realizzate temporaneamente nel lotto uno, con redistribuzione di alcuni locali, in modo da rendere i lotti uno e due completamente integrati e funzionali per tutti i 76 posti letto per persone anziane non autosufficienti e per i 6 posti di Centro Diurno.

LE SEDI

L'Ente dispone di diverse sedi operative nelle quali vengono offerti servizi differenziati:

<i>SEDE</i>	<i>Indirizzo</i>	descrizione
SAN GAETANO	Via S. Gaetano 24 36066 - SANDRIGO	Sede storica dell' Ente. Offre servizi di Casa di Riposo per la residenzialità definitiva e temporanea Centro diurno per ospitalità semiresidenziale.
PIAZZA ZANELLA	presso Centro sanit. Polifunzionale	Al 1° piano:

	(ex Ospedale)	Nuclei di strutture intermedie di Unità Riabilitativa territoriale (URT) e Ospedale di Comunità (OdC).
	Piazza Zanella 36066 . SANDRIGO	Al 3° piano : Casa di Riposo con residenzialità definitiva e temporanea. Nuclei di ridotta e media intensità assistenziale (ora profilo unico).
CASA NOARO	Via S. Gaetano 31 36066 - SANDRIGO	Palazzina in centro storico; offre piccole unità abitative per persone autosufficienti.

- 2. ANALISI DEL CONTESTO

Gli obiettivi del piano della performance debbono necessariamente inserirsi in un contesto operativo Socio Sanitario in profondo mutamento negli ultimi anni e che fa riferimento alla nascita della nuova Ulss n°8-Berica a seguito dell'accorpamento delle due pregresse Ulss n°6 e Ulss n°5.

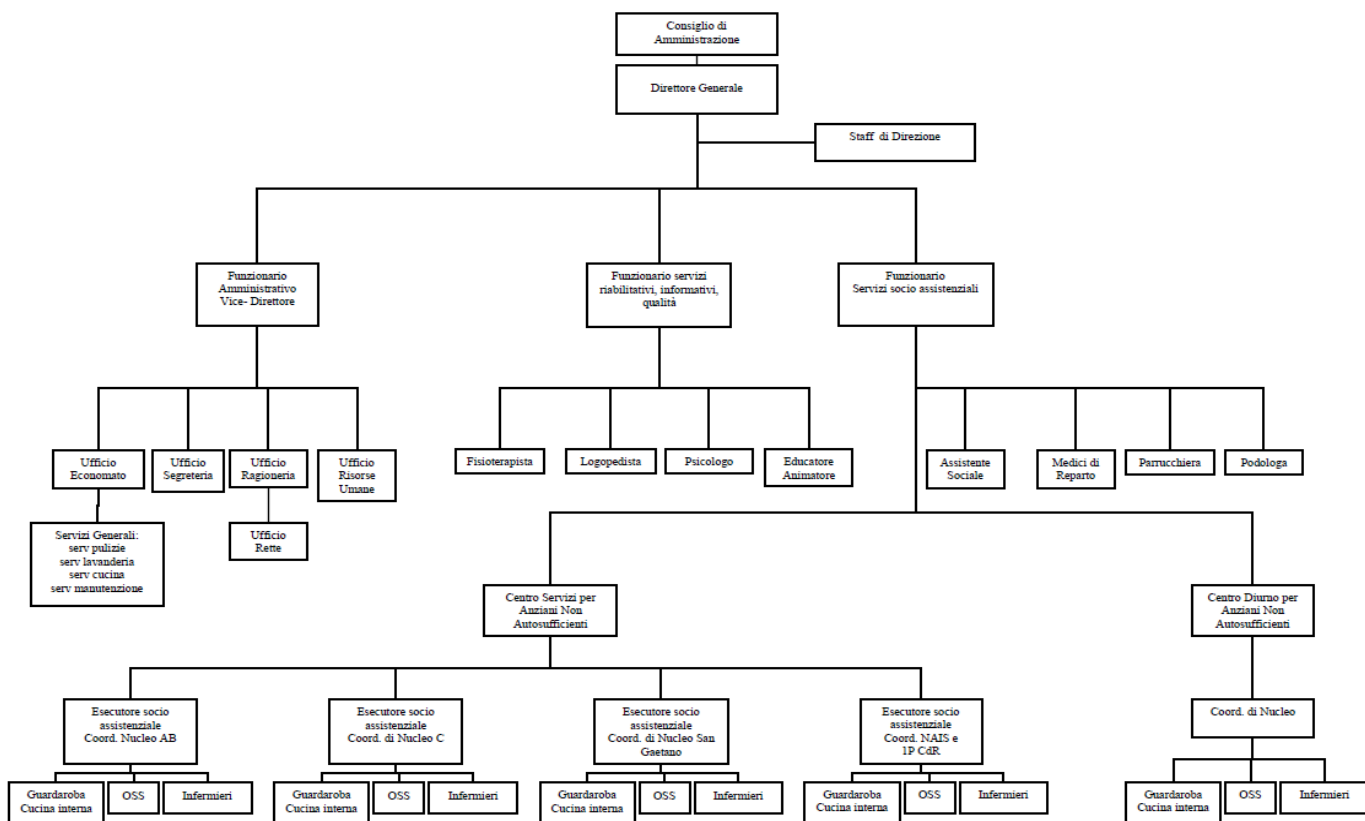
Strumento di programmazione locale è il Piano di Zona della citata nuova Ulss 8 all'interno della quale l'IPAB è destinata, nell'ambito del Distretto Est della medesima, a recitare un ruolo attivo ed importante.

Si precisa che con il sistema delle impegnative di residenzialità, sono favoriti anche gli spostamenti fuori ULSS, nell'intento di rispondere meglio al principio della libera scelta dell'utente.

In questo scenario di ormai evidente concorrenzialità fra strutture, strategica è la capacità dell'Ente di offrire un buon rapporto fra tariffazione e qualità dei servizi offerti all'utenza, la qualcosa ha sempre storicamente caratterizzato l'attività dell'IPAB.

In questo contesto, l'Ente si è dotato di un organigramma, in linea con gli standards regionali di cui alla DGR 84/2007, le cui risultanze sono qui di seguito evidenziate:

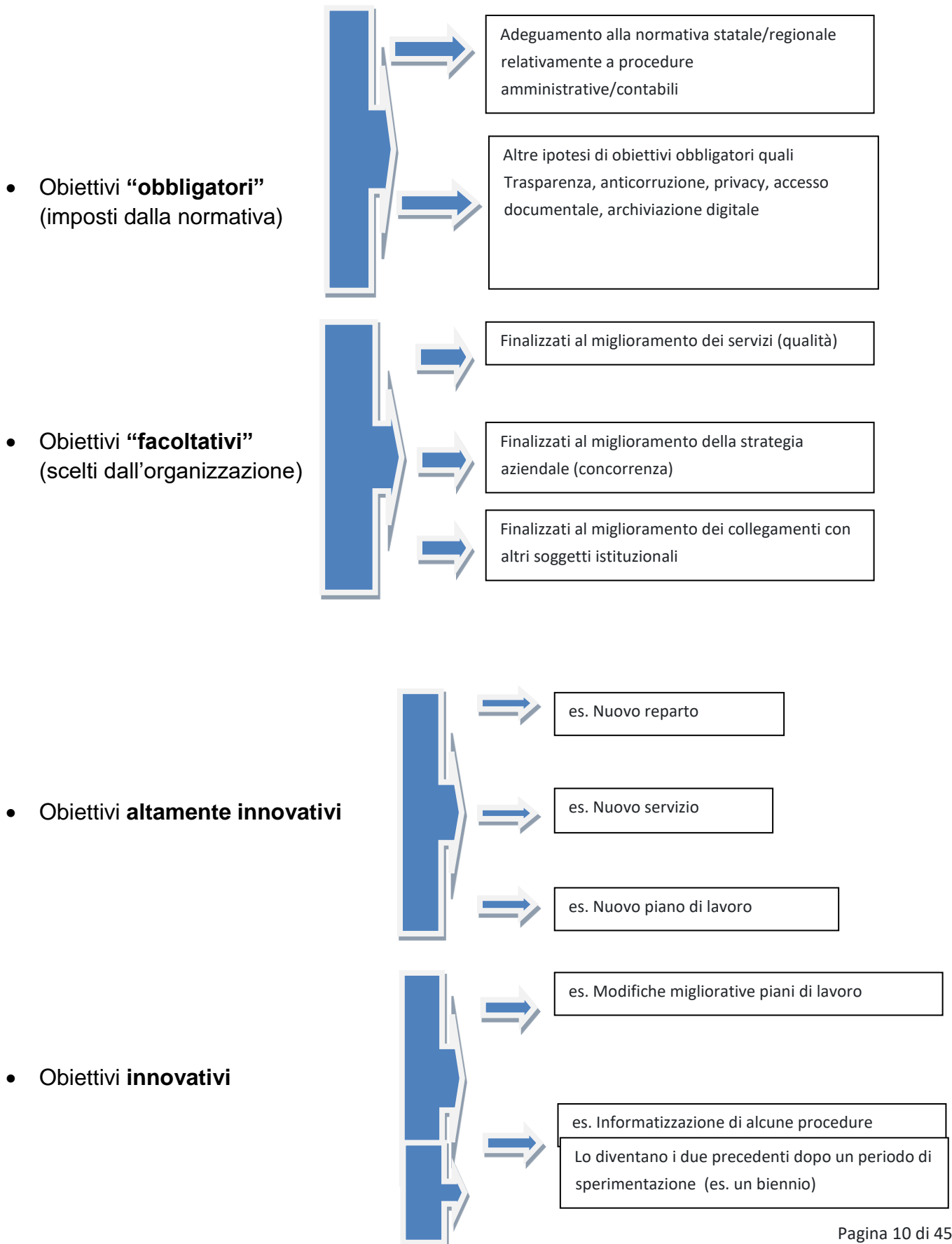
IPAB "SUOR DIODATA BERTEOLO" SANDRIGO
ORGANIGRAMMA



Approvato con delibera CdA n.22 del 28/08/2013

- 3. OBIETTIVI: CLASSIFICAZIONE

Prima della individuazione degli obiettivi, occorre procedere all'adozione di una metodologia nella loro classificazione, in base a determinati elementi di valutazione, partendo dal seguente schema di riferimento:



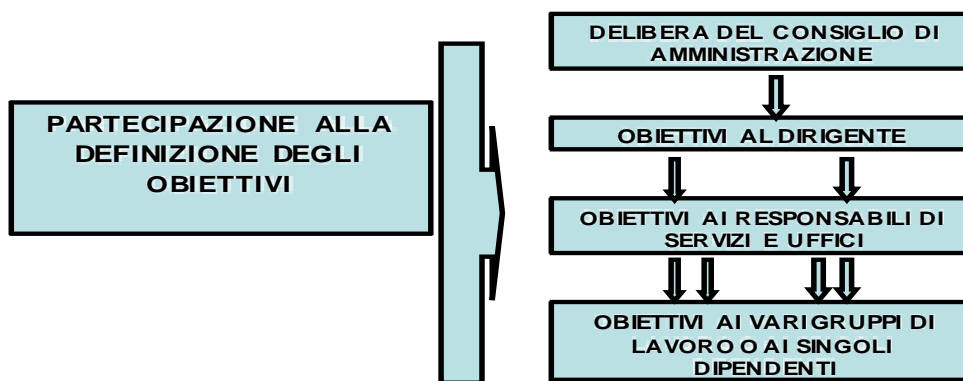
- **Obiettivi di mantenimento**

La classificazione di cui sopra, pur non rispecchiando del tutto, ad oggi, la classificazione del D. Lgs. 74/2017 consente comunque di evidenziare nel Piano medesimo gli obiettivi generali e specifici, i primi più propriamente legati alla performance dell'Ente, i secondi alle prestazioni e alla partecipazione individuale o di gruppo. Gli obiettivi sono coerenti con le caratteristiche richieste dall'art. 5 comma 2 del D.Lgs. 150/2009 così come modificato dal D.Lgs. 74/2017.

Altro punto importante della metodologia è quello delle "coerenze" di tutte le componenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi professionali.

Tale coerenza e coesione è garantita dal sistema degli "OBIETTIVI A CASCATA", uno schema che tende ad orientare tutte le strutture organizzative e il personale dell'Ente al perseguimento di obiettivi comuni finalizzati al consolidamento e alla crescita dell'Ente.

Lo schema è il seguente:



- 3.1 OBIETTIVI: INDIVIDUAZIONE

Gli obiettivi ogni anno vengono definiti per il Dirigente – Direttore con Delibera del Consiglio di Amministrazione; per quanto concerne le Posizioni Organizzative e per tutto il personale dei vari servizi/ uffici dell'Ente vi provvede il Direttore con apposita assegnazione individuale.

- 3.2 OBIETTIVI: VALUTAZIONE

La valutazione dei risultati per il Dirigente e le Posizioni Organizzative viene effettuata dal Nucleo di Valutazione.

La valutazione del restante personale dell'Ente viene effettuata annualmente, utilizzando il modello di scheda di valutazione predisposto dall'Amministrazione, e distinta per ogni profilo professionale, ed è composta di due parti:

- 1) Prima parte: obiettivi assegnati al singolo lavoratore o ad un gruppo di lavoratori in riferimento all'attività svolta e agli obiettivi dell'Ente o delle singole strutture/servizi/nuclei;
- 2) Seconda parte: competenze – comportamenti professionali ed organizzativi.

Entro il mese di dicembre di ogni anno, viene consegnata la summenzionata scheda di valutazione, che viene compilata, sottoscritta e restituita dal singolo dipendente entro il 31 gennaio. L'Amministrazione provvede alla propria valutazione ed alla riconsegna della scheda al dipendente entro il 30 aprile.

Entro 15 giorni dal ricevimento della scheda, il dipendente può presentare eventuali reclami al Direttore Generale, il quale sentito l'interessato, entro i successivi 20 giorni, assume le proprie decisioni, che vengono formalmente comunicate all'interessato.

- 4. COERENZA CON IL BILANCIO

Gli obiettivi fissati annualmente dal Consiglio di Amministrazione e a cascata dal Dirigente al restante personale devono, al fine della loro sostenibilità economica, devono essere coerenti con le risorse finanziarie del bilancio economico annuale di previsione.

Nell'ipotesi che alcuni obiettivi non possano essere raggiunti ovvero ne debbano essere previsti degli altri, si procederà alle dovute variazioni di natura economico finanziaria e organizzativa che si rendano necessarie.

3.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.1 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità

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

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

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

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

3.3.2 Soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

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

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

3.3.3 Sistema di gestione della corruzione e della trasparenza

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

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- Analisi del contesto (esterno e interno – vedasi punti 3.3.4);
- Valutazione del rischio per ciascun processo (vedasi punti 3.3.5);
- Trattamento del rischio (vedasi punti 3.3.3.3).

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

3.3.3.3 Trattamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.4 Analisi del contesto

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

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

3.3.4.1 Contesto esterno

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

Per l’analisi del contesto esterno si fa riferimento ai dati contenuti nelle Relazioni periodiche sullo stato dell’ordine e della sicurezza pubblica, presentate dal Ministro dell’Interno e reperibile nel sito della Camera dei Deputati, dalla quale emerge che nella Provincia di Vicenza, ambito entro cui si può ritenere circoscritta l’attività di questo Ente, non risultano accertati fenomeni criminali di particolare importanza riconducibili alle attività prese in considerazione dal presente documento.

3.3.4.2 Contesto interno

L’analisi del contesto interno si sviluppa sui seguenti punti:

L’assetto istituzionale (art. 5 – Statuto dell’Ente)

L’organo istituzionale di governo e di indirizzo dell’Ente è il **Consiglio di Amministrazione** composto da cinque membri nominati dal Comune di Sandrigo, in carica per cinque anni. Il Consiglio di Amministrazione svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

L’organo di gestione, nominato dal Consiglio di Amministrazione è il **Direttore Generale** ed ha il compito di rendere operativi gli indirizzi del Consiglio stesso in una logica di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

Il Direttore Generale si avvale di uno Staff di Direzione composto dai Responsabili dell’Area Amministrativa, dell’Area dei Servizi alla Persona, della Qualità oltre che dal Direttore stesso. Lo Staff di Direzione ha compiti di consulenza e supporto nelle scelte gestionali del Direttore Generale.

L’organo di controllo, nominato dalla Regione Veneto, è il Revisore Unico dei Conti ha il compito di verificare la regolarità dei conti dell’Ente ed il rispetto delle norme e dura in carica per un quinquennio rinnovabile una sola volta.

L'organo di rappresentanza degli utenti, è il Comitato di rappresentanza degli Ospiti e dei familiari composto da 5 membri; dura in carica 2 anni ed ha il compito di collaborare con l'Ente per la migliore qualità dei servizi e la tempestiva diffusione delle informazioni alle famiglie.

La struttura organizzativa

L'organizzazione si struttura in due aree, una amministrativa e l'altra dei servizi alla persona, ognuna coordinata da un Responsabile.

E' attiva la figura di Responsabile della Qualità, con il compito di stimolare il miglioramento continuo della qualità del servizio.

AREA AMMINISTRATIVA

Le funzioni di tale area sono di tipo contabile-amministrativo e si pongono come obiettivo l'espletamento di tutte le pratiche obbligatorie per legge e di supporto/informazione ad utenti, familiari, dipendenti ed esterni in genere garantendo celerità nelle risposte, precisione e trasparenza.

L'area ha un **Responsabile dell'Area amministrativa**, ed è strutturata in cinque uffici:

UFFICIO SEGRETERIA è l'ufficio preposto alla raccolta, registrazione, pubblicazione e distribuzione della corrispondenza e di ogni altro flusso informativo.

UFFICIO ECONOMATO provvede alla raccolta e all'espletamento di gare per piccoli acquisti, controlla i magazzini e collabora con gli altri uffici per la predisposizione delle gare d'appalto.

UFFICIO RETTE provvede alla determinazione ed elaborazione delle rette di degenza degli Ospiti della Struttura e del controllo contabile di avvenuto pagamento nonché di tutte le pratiche ad esse collegate.

UFFICIO RISORSE UMANE provvede alla gestione degli aspetti economico-giuridici del personale dipendente nonché alla gestione organizzativa dei dipendenti al fine di favorire la formazione, la motivazione e la correttezza dei rapporti.

UFFICIO RAGIONERIA è l'ufficio preposto all'elaborazione dei dati contabili ai fini di bilancio e fiscali; inoltre elabora controlli di bilancio atti a mantenere i livelli di spesa proporzionati alle entrate.

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

L'Area dei Servizi alla Persona è diretta da un Responsabile dei servizi alla persona.

E' responsabile dei servizi socio sanitari ed assistenziali e delle figure professionali che operano a diretto contatto con gli Ospiti accolti e coordina gli interventi del personale medico sanitario.

Nell'Area dei Servizi alla Persona sono presenti specifiche figure che coordinano i singoli servizi e le attività operative di Nuclei e Reparti, ed è così organizzata:

- Il **Responsabile dell'Area Riabilitativa** si occupa della programmazione e della gestione del servizio riabilitativo; nello specifico delle figure del fisioterapista, della logopedista, dello psicologo dell'area clinica e dell'educatore professionale/animatore.
- Il **Coordinatore di Nucleo** si occupa della gestione dell'attività operativa di ogni singolo Nucleo, provvedendo ad orientare ed integrare tale attività verso il raggiungimento degli obiettivi di salute di ogni singolo ospite individuati dall'Unità Operativa Interna.
- Il **Coordinatore Infermieristico** che sovrintende alle attività di tutta l'area infermieristica.
- **Staff operativo**: composto da Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Assistenti sociali, Educatori Professionali, Psicologo, Fisioterapisti, Logopedista, Case Manager per le attività sanitarie di URT e OdC.

L'organizzazione tecnologica

L'Ente consta di una organizzazione tecnologica molto strutturata che riguarda sia l'ambito relativo ai pacchetti applicativi software che l'ambito hardware.

In particolare, per quanto riguarda la parte gestionale, l'ente ha in uso i seguenti software a supporto delle attività amministrativo-contabili, sanitarie e organizzative. A titolo esemplificativo, i principali software in uso sono:

Archiviazione Documentale

Cartella-socio- sanitaria Digitale

Cartella-Area Attività e Controllo

Cartella-Area Sanitaria

Cartella-Area Valutazione

Cassa Economato 2.0

Certificazione Crediti 2.0

Conservazione sostit. doc. Completa

Conservazione sostit. doc. Protocollo

Contabilità Analitica 2.0

Contabilità Economica 2.0

Contabilità Utenti 2.0

Fatturazione Elettronica Completa

Gestione Budget 2.0

Gestione Cespiti 2.0
Gestione Protocollo
Gestione Turni Lavoro NEW 101-150 dip.
Inventario Beni 2.0
MULTISEPA Stipendi SCT
Ord.Informatico C/C tes.Economica 2.0
Passaggio automatico Stipendi-Economica
Password NEW
Rilevazione Presenze
SEPA DIRECT DEBIT SDD
Scheda SVAMA.

Per l'utilizzo dei sistemi informatici, l'Ente ha regolamentato tutte le relative attività al quale tutto il personale dipendente deve attenersi.

Il Regolamento disciplina l'utilizzo dei personal computer, la gestione ed assegnazione delle credenziali di autenticazione, l'utilizzo della rete, l'utilizzo dei supporti rimovibili, uso della posta elettronica, la navigazione su internet, la protezione antivirus, l'utilizzo dei telefoni e fotocopiatrici, l'osservanza della normativa sulla privacy, l'accesso ai dati, ecc.

Eventi corruttivi

Per quanto riguarda direttamente l'attività di questo Ente si segnala che nel corso del triennio 2020-2022 si sono registrati i seguenti procedimenti, interessanti direttamente l'Ente o i propri dipendenti, per fatti relativi ad attività di cui al presente PTPC:

azioni giudiziali: n° 0

azioni disciplinari: n° 0.

Popolazione e bacino di utenza

Il bacino di utenza è prevalentemente quello relativo a popolazione anziana in condizione di non autosufficienza certificata da scheda S.Va.M.A. residente nel Distretto Est dell'ULSS 8 – Berica, prevalentemente nei Comuni di Sandrigo, Dueville, Bressanvido, Bolzano Vicentino, Camisano Vicentino, Grumolo delle Abbadesse, Torri di Quartesolo, Monticello Conte Otto, Pozzoleone, Quinto Vicentino, Vicenza.

In particolare, per l'attività sanitaria di Unità Riabilitativa Territoriale e Ospedale di Comunità (iniziata a decorrere dall'01/10/2018) il bacino d'utenza è esteso anche a tutto il territorio dell'ULSS 8 Berica comprendendo anche i Comuni appartenenti al Distretto Ovest.

Il Centro Servizi dà risposta, inoltre, ai bisogni di residenzialità della popolazione anziana non autosufficiente anche dei Comuni contermini e limitrofi afferenti all'ULSS 7 Pedemontana, e all'ULSS 6 Euganea.

Analisi del contesto e dei bisogni assistenziali

La struttura si inserisce in un contesto sempre più bisognoso di risposte concrete e veloci in termini socio assistenziali e sanitari che le aziende ULSS faticano a dare e che le famiglie faticano a gestire a causa delle trasformazioni socio culturali dei nuclei familiari.

Il Centro Servizi Residenziali si pone come servizio di riferimento socio assistenziale a favore di una molteplicità di richieste di supporto alle famiglie, provando a diversificare le risposte non solo in termini di accogliimento in Casa di Riposo, ma di offerta di servizi.

Vi è la necessità di una presa in carico globale dell'utente in condizione di bisogno e della relativa famiglia di riferimento, che permetta una interazione tra servizi e una risposta idonea, concreta e da avere in tempi utili in base alla gravità del problema.

La popolazione dei territori limitrofi richiede principalmente risposte in termini concreti, che riescano a ripristinare una situazione di equilibrio principalmente sanitario e successivamente assistenziale- sociale.

Emerge dunque la necessità che il Centro Servizi si sviluppi con la creazione di servizi nuovi di tipo privato o convenzionato di grande supporto alle persone, che vanno dall'accogliimento in tempi veloci della persona anziana in fase di decadimento generale delle condizioni, ad interventi quali trasporto con mezzi attrezzati a portatori di handicap, ad interventi riabilitativi, a contesti in grado di favorire la socializzazione della persona in condizione di fragilità/povertà sociale oltre che il sollievo alle famiglie che continuano comunque a farsene carico in un contesto principalmente domiciliare.

L'Ente fin dal 2004 svolge anche attività di tipo socio-sanitario gestendo n° 30 posti letto di NAISS (Nucleo Assistenza Intermedia Socio Sanitaria) che ha consentito fino al 30/09/2018 l'accogliimento di persone in dimissione ospedaliera con necessità di interventi riabilitativi e di stabilizzazione clinica finalizzati al rientro a domicilio o all'inserimento presso centri servizi per anziani non autosufficienti.

Dall'01/10/2018 tale attività NAISS si è trasformata in attività prettamente sanitaria (a seguito ottenimento autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per una capacità ricettiva di n° 4 posti letto di Ospedale di Comunità e n° 26 posti letto di Unità Riabilitativa

Territoriale presso il Centro Polifunzionale dell'ex Ospedale di Sandrigo). Con DGR n° 172 del 16/02/2021 la Regione Veneto ha deliberato il rinnovo dell'accreditamento istituzionale per l'Ospedale di Comunità con estensione del n° di posti letto da 4 a 12.

L'Ospedale di Comunità si caratterizza per l'erogazione di prestazioni finalizzate alla riattivazione funzionale, alla stabilizzazione/adattamento alla disabilità e alla palliazione, mentre l'Unità riabilitativa territoriale per prestazioni prevalentemente di riabilitazione neurologica e motoria, per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche.

3.3.5 Valutazione del rischio

Per ciascun processo è stata effettuata la valutazione del rischio, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

3.3.5.1 Identificazione degli eventi rischiosi

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

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

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

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

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

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

3.3.5.2 Analisi del rischio

Per ogni processo individuato sono stati definiti i rischi e per aderire alla valutazione qualitativa promossa da ANAC si è provveduto a stimare tramite degli indicatori la probabilità che lo stesso si verifichi e il conseguente impatto per l'amministrazione. A ciascuno dei parametri sarà assegnato un valore: ALTO, MEDIO, BASSO.

INDICATORE DI PROBABILITÀ			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	ALTO	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza

		BASSO	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	ALTO	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		MEDIO	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative
		BASSO	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	ALTO	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		MEDIO	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo, misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	ALTO	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		MEDIO	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		BASSO	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi

			da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Presenza di “eventi sentinella” per il processo, ovvero procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	ALTO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		MEDIO	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		BASSO	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività , desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	ALTO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		MEDIO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		BASSO	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Segnalazioni , reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo e-mail, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	ALTO	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		MEDIO	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		BASSO	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa (art. 147-bis, c. 2, TUEL), tali da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	ALTO	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		MEDIO	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		BASSO	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	Capacità dell'Ente di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim	ALTO	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

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

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Impatto sull'immagine dell'Ente misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radiotelevisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
		MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
		BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti

gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

3.3.6 Ponderazione del rischio

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

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

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

3.3.7 Trattamento del rischio - Misure

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

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

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

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

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

Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel PTPCT.

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

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

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

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

3.3.7.1 Misure

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

3.3.7.1.1 M01: Adempimenti relativi alla Trasparenza

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

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

Considerato che la Trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, vanno individuati e indicati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.Lgs 33/2013.

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT): direttore

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Albo online: direttore e funzionario servizi informativi

Responsabili della trasmissione e della pubblicazione in Amministrazione Trasparente: direttore e funzionario servizi informativi

3.3.7.1.2 M02: Codici di Comportamento

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

Si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al d.P.R. 62/2013 e al Codice di Comportamento Integrativo.

Attuazione:

Stato: non attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

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

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

3.3.7.1.3 M03: Informatizzazione dei processi

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Stato: Attuato

Responsabili

Direttore, Funzionario Amministrativo e Funzionario servizi riabilitativi, informativi e qualità.

3.3.7.1.4 M04: Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Direttore, funzionario servizi informativi

3.3.7.1.5 M05: Monitoraggio dei tempi procedurali

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

Attuazione:

Stato: non attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

RPCT, Responsabili di Ufficio

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione al Direttore. Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziati annualmente in occasione della reportistica finale.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio e tutti i dipendenti

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT, Direttore, Responsabili di Ufficio

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

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

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

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

Ufficio Ragioneria, Ufficio Economato, Ufficio Personale.

3.3.7.1.10 M10: Formazione di commissioni, assegnazioni agli Uffici

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

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

Normativa:

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

Azioni:

Obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per: membri commissioni sia interni che esterni responsabili dei processi operanti nelle aree di rischio individuate dal presente Piano, appartenenti al livello giuridico D e superiori.

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

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

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

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

Normativa:

- **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche:** D.Lgs. 165/2001
- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA): Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)**

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Non attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Dirigenti / Responsabili interessati alle procedure di affidamento di cui sopra

3.3.7.1.12 M12: Whistleblowing

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

Gestione delle eventuali segnalazioni pervenute, secondo la procedura disposta.

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

Attuazione:

Stato: attuato

Responsabili:

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

3.3.7.1.13 M13: Patti di integrità

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

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

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

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

- Azioni:

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

Attuazione:

Stato: non attuato

Termine: 31/12/2023

Responsabili:

Responsabili dei procedimenti di affidamento

3.3.7.1.14 M14: Formazione

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

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

Il presente Piano individua i seguenti livelli di formazione:

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

Inserimento nel Piano della Formazione gli interventi di 2° livello, per il personale non ancora formato e attuazione di specifica formazione in tema di anticorruzione (anche tramite i corsi sugli appalti).

Attuazione:

Stato: attuato

Responsabili:

Dirigente, Funzionario amministrativo, Uff. Economato.

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

La rotazione del personale dovrà avvenire secondo i seguenti criteri:

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

Normativa:

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

Azioni:

Come riportato nel PNA 2016:

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

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

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

Azioni:

Attuazione:

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

Responsabili:

Direttore, Funzionario amministrativo, Uff. Economato, Ufficio Ragioneria, Ufficio Personale.

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

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

Attuazione:

Stato: Attuato

Responsabili:

RPCT

3.3.7.1.17 M17: Regolamenti e procedure

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

Normativa: varie

Azioni:

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

Creazione di flussi informativi su deroghe e sugli scostamenti (rif.to regolamenti vari ente e procedure/protocolli interni)

Attuazione:

Stato: attuato

Responsabili:

Direttore e Responsabili Ufficio

3.3.7.1.18 M18: Condivisione delle informazioni e del flusso di lavoro

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

Normativa:

Azioni:

Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigente e responsabile di area amministrativa per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali

Attuazione:

Stato: attuato

Responsabili:

Direttore, Responsabili Ufficio e dipendenti uffici dell'Ente

3.3.7.1.19 M19: Rotazione "straordinaria" del personale

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

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

Normativa:

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

Azioni:

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

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

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

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

Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, è necessario che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle Amministrazioni si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria.

Al fine di dare attuazione alle indicazioni previste nelle Linee Guida ANAC è opportuno che l'Ente adotti un Regolamento o una Direttiva ad hoc in modo da prevedere azioni mirate ad adottare misure di rotazione straordinaria laddove intervenissero comportamenti che configurano l'oggettivo verificarsi (anche solo potenzialmente) di comportamenti e/o fenomeni corruttivi all'interno degli Uffici.

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

I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235 del 2012).

Attuazione:

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

Responsabili:

Dirigente, RPCT.

3.3.8 Tabella di analisi e gestione del rischio

A tale classificazione si è giunti mediante la valutazione del grado di rischio, espresso con un punteggio numerico, calcolato utilizzando i criteri proposti nell'allegato 5 del P.N.A (Piano Nazionale Anticorruzione) 2013 e 2015, per ciascuno dei procedimenti/processi che, in esito all'attività ricognitiva sopradescritta, sono stati qualificati "a rischio di corruzione".

Pur in continuità con i precedenti PNA, l'Autorità ha ritenuto di sviluppare ed aggiornare nel PNA 2019 le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo confluite nel documento metodologico, Allegato 1) al Piano.

Esso costituisce il riferimento metodologico da seguire nella predisposizione del PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo e aggiorna, integra e sostituisce le indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2013 e nell'Aggiornamento PNA 2015.

Al punto 4.2 lett. a) "scelta dell'approccio valutativo" dell'Allegato 1 al PNA 2019, è previsto che "in generale, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto". Tuttavia, l'Autorità suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Considerato che le attività sia operative che amministrative dell'Ente nel corso dell'ultimo periodo 2020-2023 sono state notevolmente aggravate dall'emergenza sanitaria Covid-19 che ha, purtroppo interessato alcuni reparti delle nostre strutture; tutte le figure professionali di coordinamento dei reparti e le figure amministrative sono state completamente assorbite e coinvolte nell'espletamento di tutte le operazioni straordinarie legate alla suindicata emergenza sanitaria.

Si ritiene, pertanto, di aggiornare l'analisi, finora condotta di tipo quantitativo, affiancando progressivamente la valutazione qualitativa dei processi in corso d'anno.

I criteri in uso, prendono in considerazione:

- a) La probabilità, intesa come frequenza del verificarsi di ciascun rischio, valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

Discrezionalità - Il processo è discrezionale?

No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
E' altamente discrezionale	5

Rilevanza esterna - Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?

No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento	5

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

No, il processo coinvolge una sola p.a.	1
Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3

Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5
--	---

Valore economico - Qual è l'impatto economico del processo?

Ha rilevanza esclusivamente interna	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto)	5

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

No	1
Sì	5

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

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

b) L'impatto, considerato sotto i seguenti profili:

Organizzativo - Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)

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

Economico - Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?

No	1
Sì	5

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

No	0
Non ne abbiamo memoria	1
Sì, sulla stampa locale	2
Sì, sulla stampa nazionale	3
Sì, sulla stampa locale e nazionale	4
Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5

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

A livello di addetto	1
A livello di collaboratore o funzionario	2
A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/segretario generale	5

Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico costituito dal prodotto del valore assegnato alla probabilità con il valore assegnato all'impatto.

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo:

Valori livello di rischio – intervalli	Classificazione del rischio
0	nullo
superiore a 0 ma inferiore a 5	scarso
superiore a 5 ma inferiore a 10	moderato
superiore a 10 ma inferiore a 15	rilevante
superiore a 15 ma inferiore a 20	elevato
superiore a 20	critico

Procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	20	Totale	7
Media (tot./6)	3,333	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			5,833
Classificazione del rischio			moderato

Gestione delle entrate e delle spese			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	5	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	18	Totale	4

Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			3
Classificazione del rischio			scarso

Selezione del personale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	15	Totale	7
Media (tot./6)	2,5	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,37
Classificazione del rischio			scarso

Progressioni di carriera ed erogazione di incentivi economici al personale dipendente			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	1	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	2	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	7	Totale	7
Media (tot./6)	1,166	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,040
Classificazione del rischio			scarso

Conferimento di incarichi di collaborazione			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	5
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	1	-	-
Totale	15	Totale	7
Media (tot./6)	2,50	Media (tot./4)	1,75

Livello di rischio (probabilità x impatto)	4,37
Classificazione del rischio	scarso

Procedure di accesso a servizi in regime residenziale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	16	Totale	4
Media (tot./6)	2,66	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,66
Classificazione del rischio			scarso

Procedure di accesso a servizi in regime semiresidenziale			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	2	Organizzativo	1
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	2
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	16	Totale	4
Media (tot./6)	2,66	Media (tot./4)	1
Livello di rischio (probabilità x impatto)			2,66
Classificazione del rischio			scarso

L'accesso ai servizi in regime residenziale o semiresidenziale, per anziani non autosufficienti, viene gestito mediante procedure normate dalla Regione Veneto e gestite dalla Azienda Ulss, mentre l'accesso ai servizi in regime residenziale non gestito dalla medesima (anziani autosufficienti, ospiti in regime c.d. "privatistico", ospiti in regime temporaneo) è residuale rispetto alla attività complessiva dell'Ente. Data l'attuale situazione congiunturale di mercato, non essendovi presenti graduatorie per l'accesso a tali servizi che possano dirsi significative, risultano poco verosimili occasioni di corruzione.

Svolgimento delle attività assistenziali a favore degli ospiti			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	1	Immagine	1
Frazionabilità	5	-	-

Controlli	2	-	-
Totale	17	Totale	7
Media (tot./6)	2,833	Media (tot./4)	1,75
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,958
Classificazione del rischio			scarso

Esiste la possibilità che il personale socio-sanitario sia esposto al rischio di corruzione da parte dei familiari degli ospiti per preferire il proprio congiunto nello svolgimento dell'attività di assistenza. Si ritiene, tuttavia, di poter classificare tale rischio come medio-basso in quanto il margine di discrezionalità tecnica, pur esistente nell'esercizio di tale attività, risulta controbilanciato dall'alternanza delle figure professionali che assistono uno stesso ospite, dovuta all'articolazione in turni dell'orario di lavoro, nonché dalla regolamentazione delle attività assistenziali sia a livello di singolo ospite, a mezzo del PAI Piano di Assistenza Individuale, sia a livello organizzativo più generale, a mezzo di protocolli, linee-guida ecc.

Attività conseguenti al decesso di ospiti in struttura			
Probabilità		Impatto	
Discrezionalità	4	Organizzativo	4
Rilevanza esterna	5	Economico	1
Complessità	1	Reputazionale	0
Valore economico	5	Immagine	1
Frazionabilità	1	-	-
Controlli	2	-	-
Totale	18	Totale	6
Media (tot./6)	3	Media (tot./4)	1,5
Livello di rischio (probabilità x impatto)			4,5
Classificazione del rischio			scarso

In riferimento a quanto sopra evidenziato di affiancare progressivamente alla valutazione quantitativa dei processi una valutazione di tipo qualitativo, in questa fase iniziale s'individuano in primis i seguenti processi:

- Selezione del personale
- Procedure di accesso a servizi in regime residenziale.

Tempi e fasi di attuazione: 31.12.2023

Responsabile/i dell'attuazione: ufficio del personale, assistente sociale, funzionario servizi riabilitativi-informativi e qualità, direttore.

Indicatori di monitoraggio e risultato atteso: mappatura qualitativa dei processi da allegare al piano.

3.3.9 Trasparenza e Integrità

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

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

Ognuna delle già menzionate figure è dunque garante e partecipa delle misure e delle iniziative in materia di trasparenza, dovendo predisporre negli ambiti di propria competenza le attività necessarie affinché vengano assicurati gli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicità. Tali figure devono inoltre verificare l'esattezza e la completezza dei dati pubblicati inerenti ai rispettivi ambiti di competenza. Gli uffici competenti forniscono i dati nel rispetto degli standard previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e in particolare nell'allegato 1 del D. Lgs. n. 97/2016.

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

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

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

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

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

3.3.9.2 Individuazione e pubblicazione delle informazioni

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

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

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

Dato atto che, i termini per l’adempimento debbono necessariamente tener conto della sostenibilità complessiva del sistema in relazione alle dimensioni e alle caratteristiche della struttura organizzativa, l’art. 8, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013 dispone che i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell’anno successivo a quello da cui decorre l’obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

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

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

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

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

Istituto introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge 241/90.

Il diritto di Accesso ai documenti amministrativi è esercitabile da chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento in riferimento al quale è richiesto l'Accesso. Il Diritto di accesso documentale si configura, pertanto, in presenza di un interesse diretto, concreto e attuale e trova applicazione nelle disposizioni di cui agli artt. 22 e ss. della L. 241/1990.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il citato art. 5 bis dispone:

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

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

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

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

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

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

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

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

L'istanza può essere presentata ad uno dei seguenti destinatari: al Responsabile del Procedimento dell'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti secondo la competenza istituzionale, come indicato nella sezione del sito dell'Ordine "Amministrazione Trasparente"

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

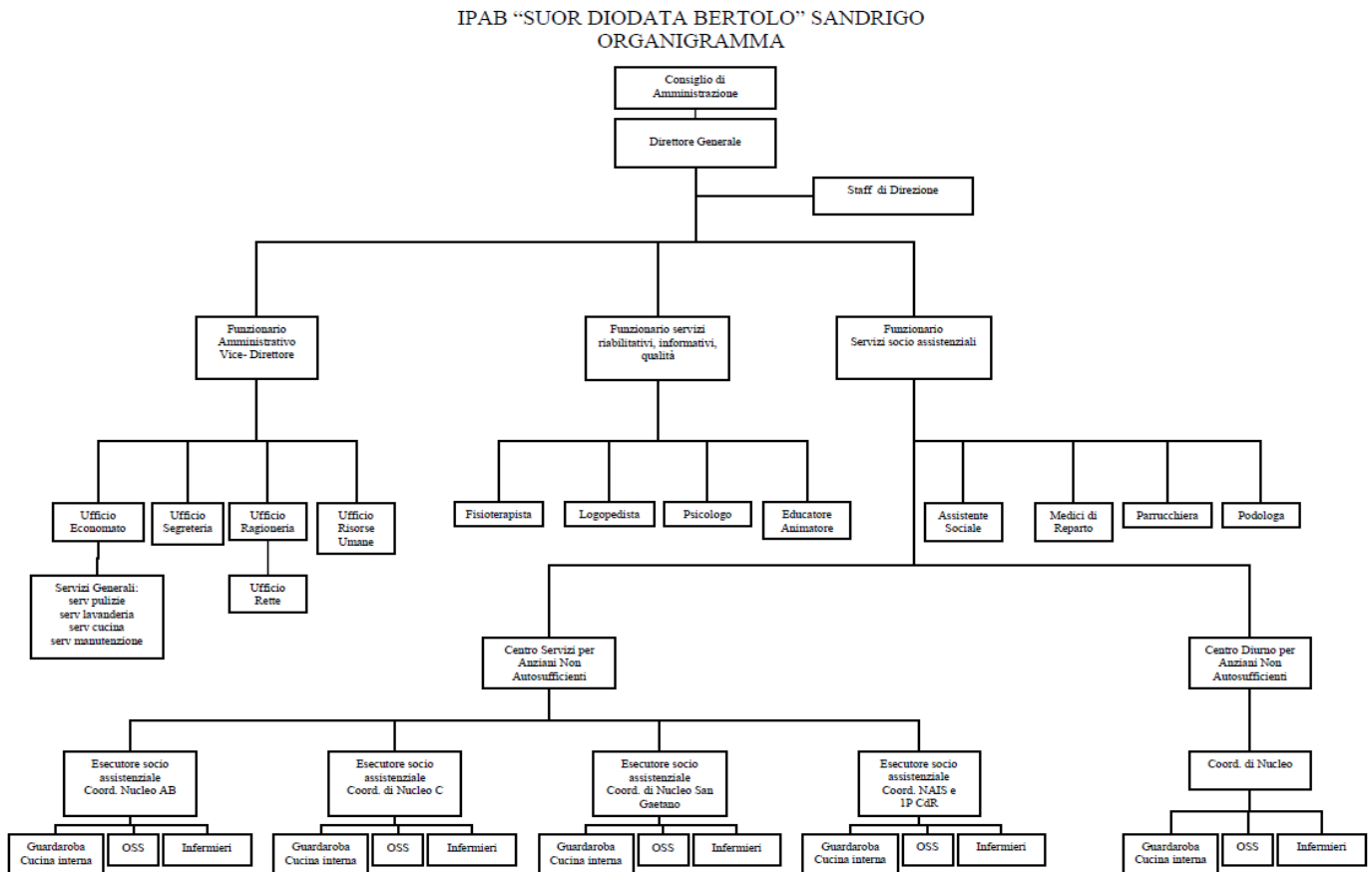
Infine, ferme restando le disposizioni di legge vigenti in materia e richiamate anche le Linee Guida Anac adottate con delibera 1309/2016, vi è un aspetto che rileva e che evidenzia una differenza sostanziale tra Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato: l'istituto dell'Accesso Civico Generalizzato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

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

4 Sezione 4: Organizzazione e capitale umano

4.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

L'Ente si è dotato di un organigramma, in linea con gli standards regionali di cui alla DGR 84/2007, le cui risultanze sono qui di seguito evidenziate:



Approvato con delibera CdA n.22 del 28/08/2013

4.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile nelle Amministrazioni Pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 Legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della Legge n. 81 del 2017.

Ai sensi dell'art. 263 del D. L. n. 34 del 2020, convertito con modificazioni della Legge n. 77 del 2020, le amministrazioni Pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno possono adottare il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale sezione del piano della Performance. Il POLA è lo strumento di programmazione del lavoro agile e ne individua le modalità attuative prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Nel comma 4-bis dell'art. 263 del D. L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, di modifica del comma 1 dell'art. 14 della Legge n. 124/2015, si dispone invece che: "In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano.

L'IPAB Suor Diodata Bertolo, considerata l'emergenza sanitaria iniziata in maniera del tutto estemporanea nel marzo del 2020, al fine del contenimento immediato della diffusione dei contagi da Covid-19 all'interno delle strutture aziendali e a seguito dell'attivazione nel territorio di appartenenza delle cosiddette "Zone Rosse- Lockdown", ha attivato da subito lo "smart working" soprattutto per il personale degli uffici amministrativi, dotandoli di idonei strumenti informatici (computer portatili e collegamenti in remoto da casa) per poter svolgere il proprio lavoro da casa.

4.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni del personale

Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025, approvato con deliberazione dell'Ente n. 06 del 28/02/2023.

L'Ente ha attualmente un organico di 110 dipendenti distribuiti per categorie secondo il sistema di classificazione del personale introdotto con il CCNL Comparto Funzioni locali.

Programmazione fabbisogno personale

La programmazione strategica delle risorse umane: avviene attraverso il piano triennale del fabbisogno che si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'Ente si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche. E' dunque opportuno valutare ogni anno le azioni da adottare sulla base dei seguenti fattori:

- stima del trend delle cessazioni, sulla base ad esempio dei pensionamenti;
- stima dell'evoluzione dei bisogni, in funzione di scelte legate, ad esempio alle esternalizzazioni/internalizzazioni o potenziamento/dismissione di servizi/attività/funzioni, alla tipologia di anziani assistiti.

La determinazione del fabbisogno di personale necessario per l'anno è abbastanza complessa, in quanto oltre alla copertura posti vacanti include anche la stima delle necessità ordinarie dei vari reparti, quali ad esempio le sostituzioni per cambio ferie/malattie/maternità, che, come noto, sono completamente a carico aziendale.

Il fabbisogno di personale per l'anno 2023 e per il triennio 2023-2025 è così determinato:

FABBISOGNO DI PERSONALE

Categoria	Profilo professionale	Tempo pieno	Part time
Dirigenza	Direttore Generale	1	
	Totale dirigenza	1	
D3	Funzionario amministrativo	1	
	Funzionario servizi riabilitativi, informativi e qualità	1	
	Totale categoria D3	2	
D1	Funzionario servizi socio -assistenziali	1	
	Istruttore direttivo amministrativo	1	
	Psicologo	1	
	Assistente sociale	1	(1)*
Totale categoria D1	4	1	
C	Istruttore amministrativo	2	
	Istruttore tecnico	1	
	Coordinatore Infermieristico	1	
	Infermiere	13	6
	Fisioterapista	1+(1)*	1+(2)*
	Logopedista		(2)*
	Podologo		-
	Educatore animatore		2+(1)*
Totale categoria C	18	15	
B3	Collaboratore amministrativo	1	
	Collaboratore servizi socio-assistenziali	1	
	Totale categoria B3	2	
B1	Esecutore tecnico	(1)*	
	Esecutore servizi socio-assistenziali	1	
	Operatore socio assistenziale	54	9
	Totale categoria B1	56	9
A	Operatore servizi generali	2	
	Totale categoria A	2	
	Totali	85	25
		110	

(*) le risorse tra parentesi sono attualmente vacanti o occupate con dipendenti a tempo determinato / interinale

Ciò premesso è necessario evidenziare che la previsione è da ritenersi, pertanto, suscettibile di variazioni sulla base dell'andamento effettivo delle assenze nel corso dell'anno.

La stima di fabbisogno di risorse umane necessarie per l'anno 2023, oltre a quanto sopra enunciato e a quanto già in essere, è la seguente (sostituzioni ferie, malattie, maternità e altre assenze) in tale ambito si è stimata la necessità di un numero complessivo di:

- n° 1 unità di Infermiere per cambio ferie,
- n° 3 unità di OSS per sostituzioni maternità;
- n° 1 unità di OSS per sostituzione congedi straordinari;
- n° 1 unità per sostituzione altre figure in maternità.

Si precisa che:

- a) per le figure OSS e INF sono state previste le risorse finanziarie necessarie a garantire gli standard assistenziali ex L.R. 22/2022 e DGR 84/2007 dando atto che, di norma, verranno sostituite le assenze per maternità e per malattie di lunga durata, mentre per le malattie brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.
- b) copertura del turn over del personale amministrativo con personale a tempo determinato e/o con indicazione di procedura concorsuale a tempo indeterminato a secondo delle necessità sopraggiunte in corso d'anno;
- c) viene confermata, pur con notevole impegno economico, la sostituzione, di norma, delle assenze di cui alla L. 104/1992.

Per quanto concerne la programmazione del fabbisogno degli anni 2024/2025 la stessa è, al momento, anch'essa necessariamente legata esclusivamente al turn-over dei posti che si renderanno eventualmente vacanti per le singole professionalità, fatte salve le variazioni degli organici che potranno intervenire in ragione dell'andamento del tasso di copertura dei posti letto presso questo Centro Servizi o altre iniziative che comportino necessità di adeguamento dell'organico e del reperimento sul mercato del lavoro degli Infermieri, attualmente pressoché tutti richiesti e assunti dalle AULSS del Veneto.

Formazione del personale

Nel corso dell'anno 2022 il piano formativo realizzato per tutti i dipendenti ha visto la partecipazione ad un discreto numero di giornate di formazione riguardanti argomenti e materie specifiche per ogni tipologia di figura professionale, ma soprattutto su tematiche legate alla pandemia Covid-19 (sia in presenza per gruppi ristretti, sia in modalità webinar).

Dette attività, oltre a riguardare l'attuazione delle norme e delle direttive sia statali che regionali in materia e l'adozione di tutti i mezzi di profilassi e cura (dal documento di rilevazione del rischio all'adozione delle procedure e protocolli di intervento, comprensivi dell'uso dei DD.P.I. fino alla gestione dei rifiuti per gli infetti, sino alla disciplina per la gestione delle eventuali salme, formazione del Covid manager, ecc.), ha riguardato la gestione del personale a disposizione per far fronte all'emergenza, in quanto a causa di possibili positività (che comportano l'immediato allontanamento di un cospicuo numero di risorse umane dai reparti in cui l'evento si presenta), di assenze del personale per malattia (o infortunio), per sospensione di coloro che presentano situazioni di immunodepressione (o, che possono essere in contatto con familiari nella predetta condizione), costituiscono una delle principali criticità di questa difficile situazione che continua a persistere nelle nostre strutture.

La Direzione, coadiuvata dai Funzionari Responsabili di area e dai Coordinatori di nucleo dalla responsabile della formazione, organizzano le attività formative da realizzare nel corso dell'anno sia in rispetto alle normative di sicurezza e prevenzione in materia (anche in modalità "webinar" sulle varie piattaforme "E – learning") che per i contenuti formativi da realizzare, in quanto uno degli argomenti portanti sarà, obbligatoriamente, quello concernente le misure da adottare per la gestione dell'emergenza, la formazione antincendio e primo soccorso.

5 Sezione 5: Monitoraggio

L'IPAB Suor Diodata Bertolo ai sensi della normativa regionale per l'accreditamento istituzionale ex L.R. 22/2002 e DGR 84/2007, somministra annualmente un questionario di soddisfazione della qualità percepita del servizio offerto. I dati vengono analizzati e presentati in Consiglio di Amministrazione previa valutazione della Direzione. Gli stessi dati vengono poi presentati solitamente al personale e al Comitato rappresentativo di Ospiti e Familiari.

Per quanto concerne il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", il monitoraggio avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC. (vedasi punto 2.3 PTPCT).

Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza:

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

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

L'Ente valuterà la fattibilità e l'opportunità di dotarsi di strumenti organizzativi informatici, al fine di consentire che il monitoraggio dei procedimenti e del corretto andamento delle misure per la gestione del rischio siano efficaci e periodicamente effettuati.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.