



CSA di Chioggia

Felice Federico Casson

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 - 2027

**Approvato con deliberazione del Consiglio di
amministrazione n. 2 del 27.01.2025**

**Aggiornato con deliberazione del Consiglio di
amministrazione n. 17 del 06.06.2025**

Sommario

Premessa	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA E INQUADRAMENTO STORICO DEI SERVIZI DELL'ENTE	3
Alloggi per anziani autosufficienti – comunità alloggio	6
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	7
Stakeholder INTERNI:	8
Stakeholder ESTERNI:.....	8
2.2 Sottosezione di programmazione - Performance.....	11
2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	26
• Acquisizione e progressione del personale	36
• Affidamento di lavori, servizi e forniture.....	36
• Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;	36
• Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;	36
• Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.....	36
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	86
3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	86
3.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del Lavoro Agile	88
3.3 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	96
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	107
ALLEGATI	108
A. MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE (C.D. WHISTLEBLOWER).....	109
B. MODELLO PER L'ACCESSO CIVICO	117
C. MODELLO PER L'ACCESSO GENERALIZZATO.....	118
D. MODELLO PER L'ACCESSO DOCUMENTALE	119

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA E INQUADRAMENTO STORICO DEI SERVIZI DELL'ENTE

Amministrazione	CENTRO SERVIZI ANZIANI FELICE FEDERICO CASSON CHIOGGIA
Sede legale	Via del Boschetto 4/F 30015 Chioggia (VE)
Cod. fisc.	02148450279
P.IVA	02148450279
Telefono	041 4966855
PEC	ipachioggia@legalmail.it
e-mail	protocollo@csacasson.org
Sito web	www.ipachioggia.it

Il CSA “F.F. Casson” è una Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.) e come tale regolata dalla Legge 17.07.1890 n° 6972.

Il CSA “F.F. Casson” in quanto I.P.A.B. è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria, e non ha fini di lucro.

Contesto storico.

La storia dell'Istituto per Anziani di Chioggia, oggi CSA “F.F. Casson” può essere riassunta nei seguenti periodi:

- Dalle origini fino al 1984;
- Dal 1984 al 1990;
- Dal 1990 ai giorni nostri.

L'allora Istituto per Anziani di Chioggia proviene da un Ente assistenziale che assicurava il vitto alle persone in situazioni di disagio sociale, con propensione per le persone anziane disadattate ed emarginate. L'utenza era, quindi, costituita da persone povere che non avevano una famiglia a supporto della loro condizione. La struttura organizzativa aveva un preciso mandato sociale: svolgere una funzione riparatrice e

di tutela dell'ordine sociale. Si cercava di riprodurre il calore familiare fornendo prestazioni di assistenza di base.

L'orientamento organizzativo, peraltro scarsamente curato, era legato all'assistenza nel rispetto della norma. La professionalità dell'Ente era corrispondente a quanto la società si attendeva e la tipologia delle prestazioni era fortemente stigmatizzata in termini residuali. Per alcuni dipendenti rappresentava un rimedio lavorativo in assenza di una specifica formazione professionale, per altri ricopriva un forte significato umano e solidaristico.

Dal 1984 al 1990 si assiste ad un periodo di sviluppo in tutto il settore dei servizi sociosanitari, anche in ragione del processo di regionalizzazione dell'assistenza. L'Istituto per Anziani diviene "Ente Istituzionale". La cura degli anziani diventa una problematica istituzionale; il concetto di non autosufficienza determina nuovi sforzi progettuali dovuti ad una nuova disabilità, più variegata e complessa. L'aspettativa di vita aumenta, ma con essa anche le patologie croniche e le condizioni di non autosufficienza. Si affronta la complessità attraverso l'assunzione di nuove figure professionali.

Il periodo dal 1990 ad oggi consolida il processo in atto e segna l'apertura dei servizi anche a fasce di popolazione diverse, soprattutto a ceti abbienti, che per anni avevano scelto altre case di riposo fuori del territorio comunale. L'apertura della Casa Albergo e l'integrazione con il territorio contribuiranno a creare un'immagine diversa dell'Istituto per Anziani. Dal punto di vista dei processi sociosanitari, si cerca di assicurare i progetti e gli interventi, privilegiando l'integrazione di tutte le figure presenti, nell'ottica della promozione e della tutela della salute delle persone anziane.

Nel 1997 l'avvio del Centro Diurno per anziani non autosufficienti rappresenta l'impegno concreto e più significativo posto in atto dall'Istituto per Anziani, per potenziare il processo di apertura al territorio, per diversificare la gamma dei servizi e per rispondere alle molteplici richieste in un territorio caratterizzato da un'insufficiente rete di servizi per gli anziani.

Il CSA "F.F: Casson" di Chioggia è un'IPAB (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza), la cui sede legale è sita a Sottomarina di Chioggia, in via del Boschetto 4/F.

L'Ente è amministrato da un Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) composto da cinque membri nominati dal Comune di Chioggia, in carica per cinque anni con funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

L'Ente è diretto dal Segretario-Direttore, che è responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa.

Servizi per anziani

Il nostro Ente ha ottenuto l'accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. 22/2002 già a partire dall'anno 2009 secondo il seguente prospetto storico riepilogativo:

accreditamento istituzione L.R. 22/2002	Periodo	Atti
<i>Primo accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 20.10.2009 al 19.10.2012</i>	<i>DGR 3154/2009</i>
<i>Secondo accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 20.10.2012 al 19.10.2015</i>	<i>DGR 1023/2014</i>
<i>Terzo accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 20.10.2015 al 19.10.2018</i>	<i>DGR 1396/2015</i>
<i>Quarto accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 01.01.2019 al 31.12.2021</i>	<i>DGR 1967/2018</i>
<i>Quinto accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 01.01.2022 al 31.12.2024</i>	<i>DGR 596/2022</i>
<i>Sesto accreditamento istituzionale</i>	<i>Dal 01.01.2025 al 31.12.2027</i>	<i>In corso di istruttoria regionale</i>

Il C.S.A. F. F. Casson, con sede legale in via del Boschetto 4/f, è articolato nelle seguenti unità di offerta, configurandosi come Centro di Servizi:

- 1- Centro Diurno per persone anziani non autosufficienti il Boschetto (CD-ANZ il Boschetto) codice struttura STS 521608 e sede operativa in via del Boschetto, 4/f;
- 2- Centro Diurno per persone anziane non autosufficienti Le Muneghette (CD-ANZ Le Muneghette) con codice struttura STS 521612 e sede operativa in calle Cipolla- Muneghette, 143;
- 3- RSA Il Girasole – Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti di primo e di secondo livello con codice struttura STS 521630 e sede operativa in viale Tirreno, 33;
- 4- Residenza Casa albergo- il Boschetto Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti di primo livello con codice struttura STS 521611 e con due sedi operative rispettivamente in via del Boschetto n. 4F e in via del Boschetto n. 6;

La capacità ricettiva del CSA F.F. Casson è così articolata:

- Centro di servizi per anziani non autosufficienti **RSA il Girasole** Via Tirreno 33
 - 44 posti letto di I° livello assistenziale
 - 48 posti letto di II° livello assistenziale
- Centro di servizi per anziani non autosufficienti **Il Boschetto** Via del boschetto 6
 - 24 posti letto di I° livello assistenziale
- Centro di servizi per anziani non autosufficienti **Casa Albergo** Via del boschetto 4f
 - 59 posti letto di I° livello assistenziale

- **Centro Diurno Il Boschetto** Via del boschetto 4f
 - 24 posti
- **Centro Diurno Le Muneghette** Calle Cipolla 143
 - 20 posti

Alloggi per anziani autosufficienti – comunità alloggio

Il CSA “F.F. Casson” gestisce inoltre due comunità alloggio nel Centro storico di Chioggia:

- Comunità alloggio di Calle Vianelli per un totale di 14 unità abitative
- Comunità alloggio di Calle Cipolla per un totale di 7 unità abitative

Apertura al territorio.

Il CSA “F.F. Casson” in convenzione con il Comune di Chioggia eroga il Servizio di consegna pasti a domicilio nell’ambito del Servizio di Assistenza Domiciliare.

L’impegno del Centro Servizi è finalizzato a implementare servizi territoriali e domiciliari in collaborazione con l’Amministrazione comunale e l’Azienda Sanitaria locale.

Mandato istituzionale e mission

La mission del C.S.A. Chioggia coincide con l’art.3 dello Statuto, modificato con Deliberazione n.38 del 27/09/2017, che ne enuncia gli scopi:

1. di offrire servizi, nelle varie forme suggerite dalle necessità dei tempi, alle persone anziane di ambo i sessi;
2. di provvedere al loro mantenimento, all’assistenza necessaria con riguardo alle condizioni ed alle esigenze fisiche, psichiche, spirituali e sociali di ciascuno;
3. di favorire nel pieno rispetto della libertà individuale le relazioni degli anziani utenti dei vari servizi tra di loro e con l’ambiente esterno;
4. di promuoverne il benessere psicofisico, stimolando gli interessi culturali e ricreativi, nel rispetto della legislazione nazionale e regionale.

L’Ente assume come obiettivo la difesa e la tutela della persona anziana anche attraverso l’elaborazione di progetti formativi e culturali, indirizzati anche al territorio, a favore dell’anziano quale soggetto integrato nell’ambiente in cui vive, nel rispetto della sua specificità e dei suoi bisogni, in sintonia con gli indirizzi dell’Amministrazione comunale.

Nei limiti delle disponibilità, con riferimento ai proventi del patrimonio, l’Ente assicura i propri servizi anche a favore di persone prive, in tutto o in parte, dei mezzi necessari al pagamento del corrispettivo dei servizi offerti. La realizzazione delle finalità statutarie si persegue anche mediante apposite convenzioni con altri enti sia pubblici che privati, con scopi analoghi o affini ai propri. Per il raggiungimento dei fini stabiliti all’art. 3 dello Statuto, l’Ente utilizza i corrispettivi dei servizi erogati e utilizza, altresì, le rendite del proprio patrimonio, compatibilmente con l’esigenza di salvaguardarne la consistenza.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Finalità principale del CSA “F.F. Casson”

L’Ente svolge un servizio pubblico con finalità sociale. Lo scopo principale è quello di fornire ospitalità ed assistenza agli anziani non autosufficienti, per i quali non sia più possibile la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale. La cura dell’Ospite è finalizzata al mantenimento e al recupero della migliore qualità di vita possibile ed in particolare alla conservazione dell’autosufficienza.

I servizi sono organizzati allo scopo di individuare le potenzialità, assicurare la riabilitazione e promuovere il mantenimento delle capacità funzionali residue, per offrire la migliore qualità di vita agli Ospiti.

L’organizzazione del Centro Servizi gestisce tutte le attività guidata dal principio di responsabilità e trasparenza, in modo da rendere tutto il personale operante consapevole dei comuni obiettivi.

L’intera attività dell’I.P.A.B. è progettata, organizzata e realizzata secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano di Zona del Distretto 4 dell’Azienda sanitaria n.3 Serenissima per la salute e il benessere sociale nel rispetto degli indirizzi definiti dal consiglio di amministrazione., anche assicurando la partecipazione ai contesti di programmazione, progettazione e realizzazione previsti dal Piano stesso, così come indicati in accordi di programma e/o contratti di servizio nel rispetto delle finalità e dei principi fissati nella Legge regionale.

Gli Obiettivi di Valore Pubblico che permeano la programmazione del CSA “F.F. Casson” attengono principalmente il benessere sociale e sanitario delle persone.

La principale strategia per favorire la creazione di Valore Pubblico è rappresentata dall’appropriatezza dell’assistenza fornita, unitamente all’individuazione ed applicazione di buone pratiche, ed all’innovazione nei servizi

Il CSA “F.F. Casson” è collocato all’interno di un fitto sistema di relazioni con soggetti istituzionali, privati, soggetti del privato sociale e del volontariato che costituiscono i principali stakeholder aziendali.

La mappa dei portatori di interesse, costituita da stakeholder interni ed esterni, è quella di seguito riportata:

Stakeholder INTERNI:

Consiglio di Amministrazione: portatore di interessi della comunità;

Risorse umane: l'Ente individua nel proprio personale la principale risorsa per la realizzazione dei servizi rivolti agli utenti.

Rappresentanze: l'Ente riconosce il ruolo positivo della Rappresentanza sindacale organizzata dei lavoratori (RSU) con la quale, d'intesa con le Organizzazioni sindacali di categoria, si sviluppano confronti e ricerca di intese,



Stakeholder ESTERNI:

Utenti, ospiti, loro familiari, reti sociali, Comitato Familiari: le relazioni sono sia di carattere individuale, sia di carattere collettivo. Il CSA “F.F. Casson” favorisce e promuove la costituzione di forme di rappresentanza elettiva dei famigliari e ne riconosce il ruolo di controllo e interlocuzione.

Comune di Chioggia e sue articolazioni: il rapporto con il Comune di Chioggia è continuo sia a livello istituzionale, che a livello tecnico.

Azienda ULSS 3 Serenissima: esercita la committenza sanitaria dei servizi socio sanitari accreditati rivolti ad anziani non autosufficienti, per i quali assicura le prestazioni mediche o le relative risorse economiche. In capo ad ULSS è la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza e lo svolgimento di funzioni ispettive o di vigilanza sul funzionamento delle strutture e dei servizi autorizzati;

Altre istituzioni: sono attivi rapporti di collaborazione con l'Università per tirocini formativi di figure professionali, con scuole di diverso ordine e grado e con Enti di formazione professionale per la professionalizzazione degli studenti e la diffusione della conoscenza dell'Ente attraverso stage, tirocini, alternanze scuola-lavoro.



Piano Programmatico 2025-26; i singoli obiettivi

Il Valore Pubblico prodotto viene misurato in relazione alla qualità dei servizi prodotti in ottemperanza delle disposizioni di legge regionali in materia di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale (L.R. n.22 /2002)

Gli standard di qualità dei servizi del CSA “F.F. Casson”, elaborati nel rispetto della disciplina regionale dei servizi sono indicati nelle **Carte dei servizi** (approvate con Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione n. 58 del 12/11/2016 ed aggiornate annualmente) pubblicate sul sito www.ipachioggia.it.

I traguardi attesi sono parimenti indicati nelle **Carte dei servizi** (approvata con Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione n. 58 del 12/11/2016 ed aggiornate annualmente) pubblicate sul sito www.ipachioggia.it.

I dati sono raccolti dai Servizi del CSA “F.F. Casson” e rendicontati annualmente nel Riesame della Direzione.

Sono inoltre previste rilevazioni di *Customer satisfaction* i cui risultati potranno essere restituiti, come avvenuto in passato, in specifici incontri con i familiari degli utenti, ai committenti dei servizi del Comune di Chioggia e ULSS 3, ai dipendenti della struttura, ai sindacati dei lavoratori.

Performance

Obiettivi di Performance aziendale per l'anno 2025 sono di seguito riportati nelle relative schede.

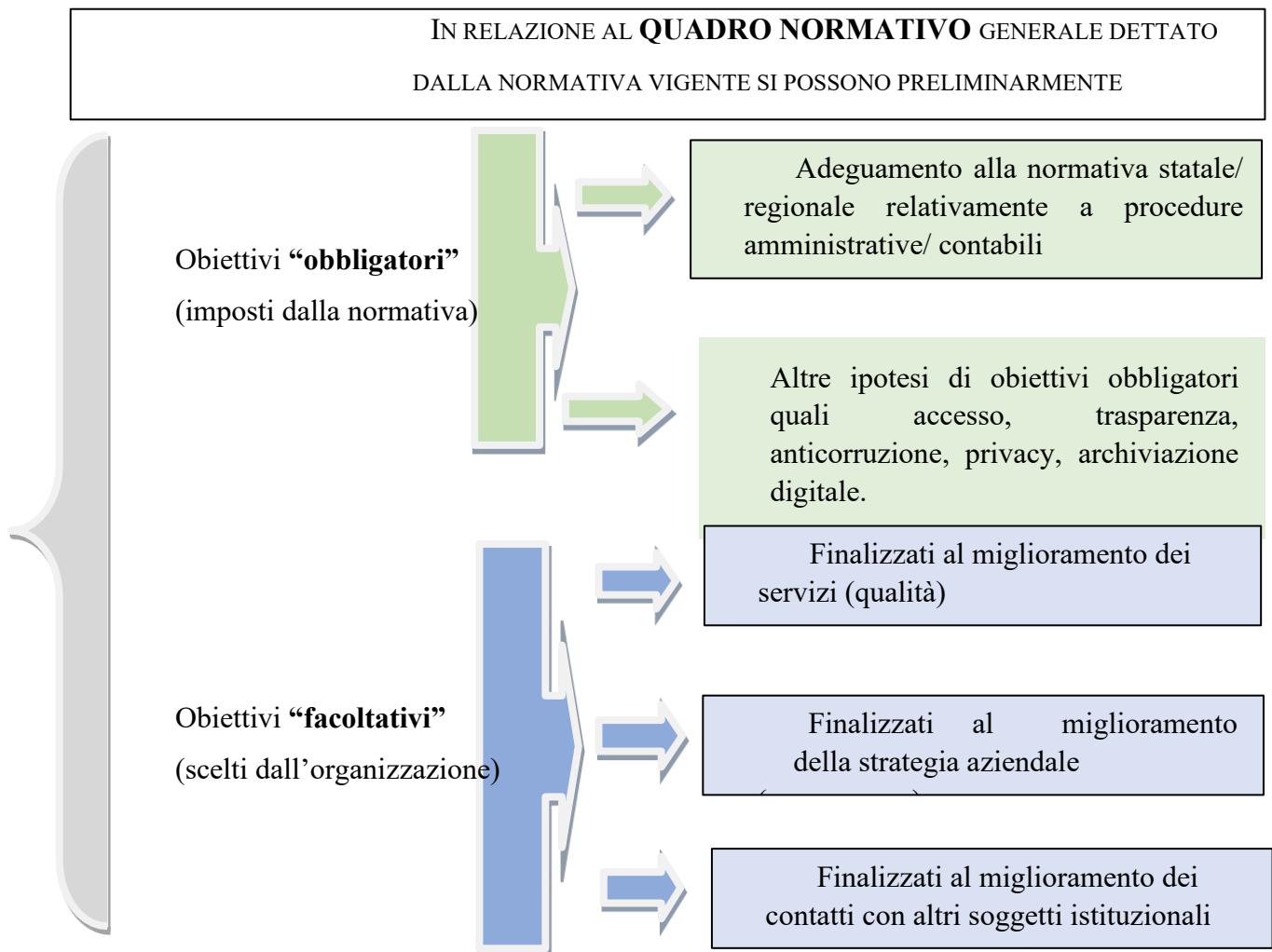
Gli obiettivi di performance sono individuati nel rispetto dell'art. 15, comma 1 D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, con l'intento di promuovere la cultura della responsabilità, per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità.

Si ritiene opportuno introdurre la tematica con una disamina di carattere generale; preliminarmente alla loro concreta individuazione si ritiene di chiarire la metodologia adottata che ha condotto a tale risultato.

1. Gli obiettivi sono stati presi in considerazione in base a diversi elementi di valutazione: il quadro normativo generale dettato dalla normativa vigente;
2. la tematica specifica della misurazione e la valutazione della performance;
3. il grado di innovazione per l'organizzazione conducendo ad un modello di riferimento sintetizzato come successivamente.

CLASSIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

2.2 Sottosezione di programmazione - Performance



E’ intuitivo come gli obiettivi imposti dalla norma siano per così dire “naturali”, non opzionali, e che il loro perseguimento e raggiungimento non siano scelta a discrezione dell’amministrazione. Il Centro Servizi può tuttavia valutare le modalità ed i percorsi attraverso i quali si tende al loro raggiungimento.

La seconda tipologia di obiettivi permette all’amministrazione di operare scelte strategiche non vincolate, sulle quali adottare parametri più liberi per la valutazione della performance.

In questo secondo ambito assumono importanza pregnante le scelte relative alla qualità del servizio e di sviluppo specificamente riguardanti il Centro Servizi.

IN RELAZIONE ALLA MISURAZIONE E LA VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE, SI DISTINGUONO OBIETTIVI ATTINENTI AI SEGUENTI

A

Obiettivi
generali -
strategici di
performance
organizzativa



Riguardano l'Amministrazione nel suo complesso in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche in relazione al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini.

Fanno riferimento ai seguenti ambiti:
qualità e la quantità dei servizi erogati;
il grado di attuazione di piani e programmi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti e del previsto grado di impiego delle risorse;
modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali
relazioni con gli utenti e i destinatari dei servizi;
l'efficienza nell'impiego delle risorse;
promozione delle pari opportunità.

B

Obiettivi di
performance
individuale



di responsabili
di unità
organizzativa

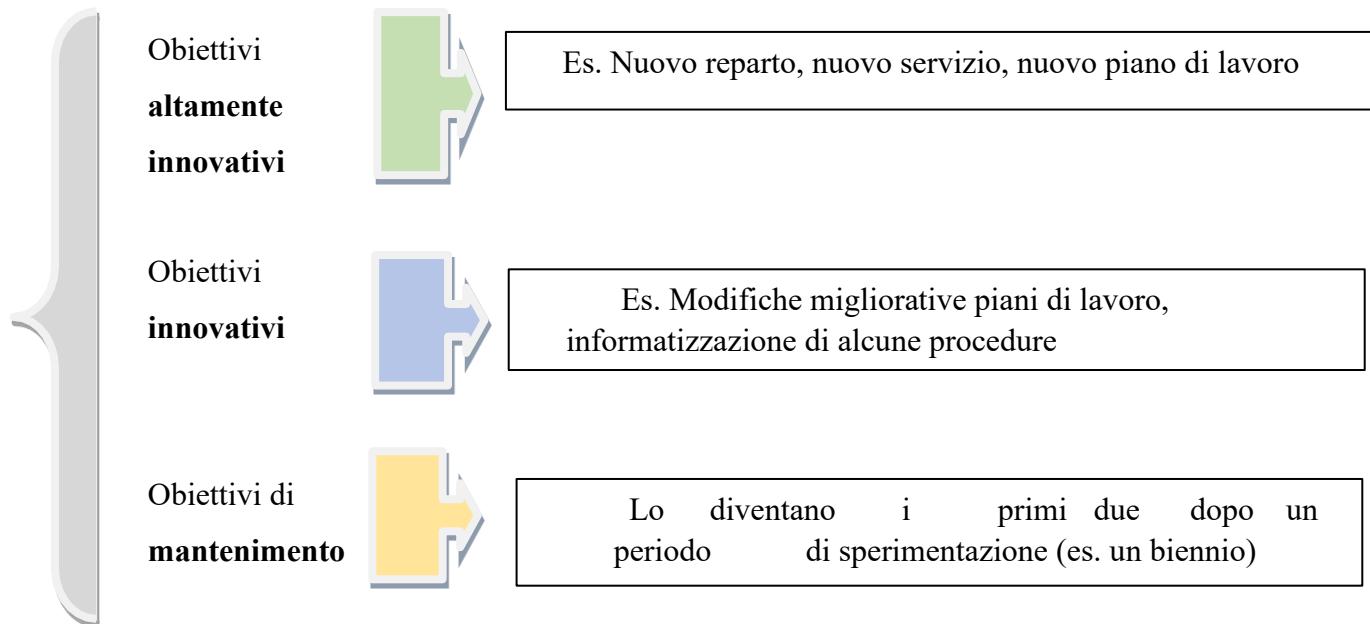
del personale
assegnato

Fanno riferimento ai seguenti ambiti:
indicatori di performance relativi all'unità organizzativa di diretta responsabilità;
raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
contributo assicurato alla performance generale;
capacità di valutazione dei collaboratori.

Sono collegate:
al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali/organizzativi.

Gli obiettivi di cui punto B sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici.

**IN RELAZIONE AL GRADO DI INNOVAZIONE PER
L'ORGANIZZAZIONE, SI DISTINGUONO LE SEGUENTI TIPOLOGIE DI**



I principi e la *ratio* del D. Lgs. 150/2009 così come modificato dal D. Lgs. 74/2017 sono stati assunti quale base per la stesura della suesposta classificazione. Il percorso logico sopra esplicitato è stato utilizzato per individuare gli obiettivi riportati nel successivo punto 2, coerentemente con il, citato, vigente disposto normativo:

- **generali**, ovvero più propriamente legati alla performance dell'Ente,
- **specifici**, quindi riferiti alle prestazioni e alla partecipazione individuale o di gruppo,

Completando l'ambito metodologico, con l'intento di facilitare il raggiungimento degli obiettivi sia organizzativi che individuali, resta infine da illustrare lo schema relativo al raccordo tra le varie aree operative ed al passaggio delle informazioni all'interno dell'organizzazione.

Si ritiene di poter incentivare ed orientare il sistema al perseguimento di obiettivi comuni finalizzati al consolidamento e alla crescita dell'Ente, rendendo interdipendenti e compartecipi le varie aree che costituiscono la struttura organizzativa ed il personale operante.

L'assegnazione di **obiettivi a più livelli**, in un'ottica di interdipendenza e nel rispetto delle gerarchie interne, si ritiene possa essere il percorso più efficace per la massimizzazione dei risultati ottenibili.

Quanto assunto si può così schematizzare:

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Tenere presente che, nei casi in cui sia opportuno e/o possibile, il coinvolgimento delle parti interessate nella fase di definizione degli obiettivi può stimolare l'interesse e la partecipazione, quindi favorire il raggiungimento dell'obiettivo stesso.

L'assunzione degli obiettivi è successivamente formalizzata dal Consiglio di amministrazione con proprio atto.

OBIETTIVI AL DIRIGENTE

Con la deliberazione consiliare di cui sopra, il consiglio di amministrazione assegna contestualmente gli obiettivi al dirigente.

Si tratterà di obiettivi di performance generale, il cui grado di raggiungimento sarà oggetto di valutazione a cura del relativo Nucleo di valutazione.

OBIETTIVI AI RESPONSABILI DI UNITÀ ORGANIZZATIVA

Il dirigente, con propria determinazione, provvede all'assegnazione degli obiettivi ai responsabili di unità organizzativa. Il raggiungimento di tali obiettivi di performance individuale assegnati dal dirigente saranno soggetti al vaglio di quest'ultimo.

OBIETTIVI DI GRUPPO O INDIVIDUALI

Gli obiettivi individuali dei gruppi di lavoro e del personale assegnato sono fissati dai Responsabili di U.O. che ne valutano altresì la performance

INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Nell'individuazione dei propri obiettivi, siano essi strategici/innovativi o di mantenimento, si rende necessario fare riferimento ai due pilastri fondamentali su cui si fonda l'attività dell'Ente.

La **mission** dell'Ente, che esplicitamente fa riferimento ai seguenti punti.

- *assistenza a favore delle persone anziane autosufficienti e non autosufficienti;*
- *promozione, la realizzazione e la gestione di servizi residenziali rivolti al target di cui al precedente punto*
- *coordinamento con gli Enti territoriali competenti in materia socio-assistenziale.*

La **politica per la qualità** adottata dall'organizzazione, che essenzialmente si fonda su alcuni cardini.

- *Soddisfazione dell'utente o dell'ospite, in conformità alle norme e all'etica professionale;*
- *Tendenza al miglioramento continuo del servizio;*
- *Attenzione ai requisiti sociali e dell'ambiente;*
- *Efficacia ed efficienza nelle prestazioni di servizio in un continuo sforzo teso ad ottimizzare l'organizzazione del lavoro in un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e solidi rapporti di collaborazione;*
- *Dare priorità alla prevenzione rispetto alla soluzione a posteriori delle problematiche;*
- *Affinamento costante delle capacità professionali degli operatori addetti ai vari servizi, attuato mediante programmi di formazione mirati;*
- *Informazione e coinvolgimento di tutti i dipendenti, a qualsiasi livello, rendendo ciascuno consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito;*
- *Ricerca ed eliminazione costante delle criticità in un'ottica di contenimento dei costi, salvaguardia dell'immagine e contenimento del rischio di incorrere in responsabilità legali;*

Analizzando unitariamente gli elementi sopra riportati, si può sintetizzare che l'attività dell'Ente sia distribuita e si sviluppi all'interno dei seguenti ambiti, dove si possono collocare gli obiettivi a base del presente piano della performance.

AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

“Miglioramento continuo dei servizi e sviluppo organizzativo (efficienza del SGQ)” - L’Ente punta a massimizzare la qualità dell’assistenza socio-sanitaria, nel generale rispetto dei vincoli normativi e regolamentari e, in particolare, dei requisiti di accreditamento previsti dalla vigente normativa regionale. Si ritiene il mantenimento in efficienza del SGQ e quindi la tenuta sotto controllo dei processi aziendali, con interventi a garanzia della continua conformità dei servizi, nella massima efficienza organizzativa, sia indispensabile per il mantenimento di un elevato livello di benessere e soddisfazione dell’utenza.

“Sviluppo dei servizi” - L’Ente punta a offrirsi come parte attiva nella rete dei servizi, tendendo a soddisfare il maggior numero di bisogni possibili provenienti dal proprio *target* di utenza, anche allo scopo di ottimizzare lo sfruttamento delle risorse a disposizione e realizzare economie di scala.

“Apertura al territorio” – Come accennato, il coordinamento con gli Enti territoriali competenti in materia socio-assistenziale è una delle modalità operative attraverso cui l’Ente svolge la propria attività e persegue i propri scopi.

“Informatizzazione” – In un’ottica di miglioramento continuo e di efficientamento dell’organizzazione, si ritiene che non si possa prescindere dallo sfruttamento delle opportunità offerte dal progresso tecnologico – informatico.

“Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane” – Essendo il cardine fondamentale su cui si fonda l’assistenza erogata agli Ospiti, l’Ente tiene in massima considerazione i bisogni e le potenzialità del proprio personale.

“Economico-finanziaria” – L’Ente riconosce la fondamentale importanza del controllo costante della gestione a garanzia del mantenimento degli equilibri economico – finanziari e del mantenimento nel tempo dell’attività istituzionale.

“Ambiente e sicurezza” – La cura costante degli ambienti di lavoro è costantemente all’attenzione dell’Ente, a garanzia della salute e della sicurezza di ospiti e lavoratori e del decoro nell’erogazione del servizio di assistenza.

Si passa quindi ad individuare gli obiettivi collegati alle citate aree.

A AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO	B	C	D1	D2	E		
	OBIETTIVI					ANNO 2026	ANNO 2027
	Peso Ob, strat	Peso Spec . .	INDIVIDUAZIONE	INTERVENTI	INDICATOR I	INDIVI DUAZI ONE	INDIVI DUAZI ONE
1. Miglioramento continuo dei servizi e sviluppo organizzativo (efficienza del SGQ)	15	25	1.1 Pianificazione della progettualità generale ed individuale per il miglioramento dell'assistenza all'Ospite	I. Sviluppo delle strategie assistenziali necessarie per l'assistenza individuale all'ospite II. Rispetto della convenzione con l'Azienda ULSS n. 3 Serenissima relativa all'accreditamento	Regolare predisposizione del PAI per gli ospiti Assenza di contestazioni da parte dell'ULSS 3 in ordine alla convenzione	Prosecuzione azioni su obiettivi da 1.1 a 1.4	Prosecuzione azioni su obiettivi da 1.1 a 1.4
	25	1.2 Potenziamento del Sistema Gestione qualità interno	I. Revisione del SGQ entro il 31.12.2025	Adozione del nuovo manuale della Qualità			
	25	1.3 Mantenimento dei livelli di soddisfazione dell'utenza	I. Rispetto del livello medio di soddisfazione dell'utenza fissato dal verbale del riesame SG	Esito rilevazione in rapporto a quello del 2024			
	25	1.4 Rispetto dei livelli fissati del verbale del riesame SGQ degli altri indicatori di efficacia del sistema	I. Rispetto dei livelli fissati del verbale del riesame SGQ degli altri indicatori di efficacia del sistema	Indicatori come da verbale del riesame			

2. Sviluppo dei servizi

20

10

0

2.1 Aumento ricettività
centro servizi per
anziani non
autosufficienti

- I. Autorizzazione all'esercizio in tempi utili per inserimento primi utenti entro fine anno e avvio pratica di accreditamento nel caso di bando regionale (25 posti letto Boschetto 2)
- II. Completamento pratica di ampliamento di 3 posti letto autorizzati, ma non accreditati (pratica LR 22/2002)

Adozione atti
necessari

*Prosecuzione
azioni su obiettivi
da 2.1.I
a 2.1.II*

*Prosecuzione
azioni su obiettivi
da 2.1.I
a 2.1.II*

AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO	OBIETTIVI							
			INDIVIDUAZIONE		ANNO 2025		INDICATORI	ANNO 2026
	Peso	Peso	INDIVIDUAZIONE	INTERVENTI			INDIVIDUAZIONE	INDIVIDUAZIONE
3. Apertura al territorio	10	50	3.1 Collaborazione con altri soggetti della rete dei servizi e del territorio	I.	Proseguimento convenzionamenti in essere con Università degli studi di Padova (in particolare, per infermieristica)	Accoglimento tirocinanti		
	50		3.2 Apertura servizi delle strutture ai cittadini	II.	Attività con Istituto Cavanis per ottimizzare servizi parrucchiera e barbiere.		<i>Prosecuzione azioni</i>	<i>Prosecuzione azioni su obiettivi da 3.1 a 3.2</i>
4. Informatizzazione	10	10	4.1 Potenziamento della digitalizzazione dell'Amministrazione	I.	Raccolta e valorizzazione di disponibilità da parte degli enti di volontariato per attività di animazione. Occasioni di socializzazione/informazione/formazione che coinvolgano la cittadinanza	Inserimento di almeno 5 disponibilità nell'elenco		
						Realizzazione di almeno 1 evento pubblico		
				I.	Continuazione ed implementazione dell'utilizzo di google workspace come strumento di lavoro e raccordo fra i servizi e per le comunicazioni del personale	Mantenimento n. utente google workspace	<i>Prosecuzione azioni</i>	<i>Prosecuzione azioni su obiettivo 4</i>
						Completa adozione del		

5. Valorizzazione
e sviluppo
delle risorse
umane

15 50 **5.1** Relazioni
sindacali

50 **5.2** Formazione del
personale

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| <p>I.</p> <p>II.</p> <p>III.</p> | <p>Rispetto dei modelli di relazione sindacale e negoziazione entro i termini previsti dal Ccnl</p> <p>Stesura ed approvazione di un piano formativo generale</p> <p>Coordinamento del piano formativo generale con piano formativo per la sicurezza, con coinvolgimento formatori interni</p> <p>Analisi del benessere organizzativo</p> | <p>titolario
d'archivio
come
strumento
unico per
archiviare
informaticame
nte</p> <p>Trattativa per
decentralizzato
avviata entro il
30.04.2025</p> <p>Adozione atti
di
pianificazione</p> <p>Questionario</p> | <p><i>Prosecuzione
azioni</i></p> <p><i>su obiettivi da
5.1 a 5.2</i></p> |
|----------------------------------|---|--|---|

*Prosecuzione
azioni su
obiettivi da 5.1
a 5.2*

AREE STRATEGI CHE DI INTERVEN TO	OBIETTIVI ANNO 2025						INDICAT ORI	ANNO 2026	ANNO 2027
	Pes o	Pes o	INDIVIDUAZIO NE	INTERVE NTI	INDIVIDUAZI ONE	INDIVIDUAZI ONE			
6. Economico-finanziaria	15	50		I. Predisposizione atti programmatici di lavori, forniture di beni e servizi e espletamento procedure delle gare d'appalto relative anche in forma associata	Adozione atti				
			6.1 Effettuazione gare d'appalto						
		50		I. Monitoraggio costante dei principali parametri di gestione aziendale, analisi periodica della reportistica e tempestiva segnalazione degli scostamenti rilevanti per l'organizzazione mediante l'utilizzo degli strumenti avviati nel 2024	Verbali del riesame della direzione		<i>Prosecuzione azioni su obiettivi da 6.1 a 6.2</i>	<i>Prosecuzione azioni su obiettivi da 6.1 a 6.2</i>	<i>Inoltre, con avvio da 2025, Piano di valorizzazione e dell'alienazione degli immobili non funzionali al raggiungimento degli scopi istituzionali dell'ente¹</i>
			6.2 Controllo di gestione	II. Controllo costante	Monitoraggio almeno trimestrale di bilancio				

¹ Inserito con DCA n. 17 del 06.06.2025

7. Ambiente e sicurezza

15 34

7.1 Riqualificazione funzionale/ energetica degli edifici

della situazione economico finanziaria e conseguenti proiezioni mediante l'utilizzo e l'implementazione degli strumenti avviati nel 2024

- I. Continuazione del processo di riqualificazione funzionale dei locali e dei servizi per gli ospiti con eventuale contestuale intervento di efficientamento energetico/avvio intervento Girasole

Avvio nuovo sistema di gestione delle manutenzioni

Avvio procedura per riqualificazione Girasole secondo finanziamento regionale

Proseguzione azioni su obiettivi da 7.1 a 7.3

33

7.2 Sicurezza nell'ambiente di lavoro

- I. Coordinamento con RSPP per messa in atto misure prevenzione e protezione e contenimento dei rischi

Incontri periodici

Almeno 1 prova

- II. Espletamento prove di evacuazione/emergenza

Proseguzione azioni su obiettivi da 7.1 a 7.3

33 7.3

Formazione/informazione ex D. Lgs
81/2008

III. Coordinamento del piano formativo per la sicurezza con piano formativo generale

Adozione atto

CRITERI DI VALUTAZIONE

La valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi posti verrà effettuata in base a quanto segue:

- a) livello di completamento degli interventi indicati
- b) parametri e modelli di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione
- c) obiettivi espressi dal Consiglio di Amministrazione negli atti di programmazione strategica

COERENZE CON PROGRAMMAZIONE ECONOMICO – FINANZIARIA E BILANCIO

Tutti gli obiettivi facenti parte del Piano della Performance triennio 2025/2027 risulteranno coerentemente inseriti, al fine della loro sostenibilità economica, nel bilancio di previsione 2025.

Ovviamente, nell'ipotesi che alcuni di essi 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.

L'eventuale rivalutazione degli obiettivi assegnati con il presente Piano potranno derivare da cause diverse, da sottoporre al vaglio ed all'approvazione del Consiglio di amministrazione dell'Ente (es. variazione delle disponibilità economico – finanziarie dell'Ente; significativa variazione delle condizioni generali del mercato; intervenuta normativa; verificata opportunità di rimodulare gli obiettivi).

DIRETTIVE GENERALI

Ai sensi dello Statuto, al Dirigente spetta la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa del Bilancio economico di previsione annuale, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo (Art. 4, comma 2, del D. Lgs. 165/2001).

Il Dirigente è in particolar modo responsabile di quanto segue:

- 1) risultato dell'attività svolta dai vari servizi dell'Ente ferma la responsabilità individuale di ogni singolo dipendente;
- 2) realizzazione degli obiettivi e dei programmi dell'Amministrazione come precedentemente individuati;
- 3) gestione di tutto il personale sulla base della vigente dotazione organica compreso il personale assunto a tempo determinato o in convenzione.

Ai fini del presente piano, ciò consegue naturalmente che la scelta del percorso da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, e quindi l'assegnazione al personale degli obiettivi individuali e di gruppo, spetta al dirigente. Ciò si evince anche dallo schema di assegnazione di ***obiettivi a più livelli*** sopra riportato.

ASSEGNAZIONE BUDGET

Al Dirigente, responsabile della gestione in seno all'Ente, viene affidato il budget fissato in sede di approvazione del Bilancio di Previsione 2025 e degli atti programmatici per il periodo 2025-2027

Nel corso della propria attività, il Dirigente è tenuto ad operare le proprie scelte:

- a) perseguido gli obiettivi fissati dall'amministrazione;
- b) nel rispetto delle vigenti normative, dei principi di opportunità, economicità e convenienza;
- c) ottimizzando lo sfruttamento delle risorse a propria disposizione,
- d) tendendo, qualora possibile, a realizzare economie di spesa.

2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

OGGETTO

All'interno della cornice giuridica e metodologica posta dalla normativa di settore e dal PNA, il presente Piano descrive la strategia di prevenzione e contrasto della corruzione elaborata dal CSA “F.F. Casson” con riferimento al triennio 2024-2026, come da Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui alla Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 11 del 20/05/2022.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento programmatico che, previa individuazione delle attività dell'Ente nell'ambito delle quali è più elevato il rischio che si verifichino fenomeni corruttivi e di illegalità in genere, definisce le azioni e gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio o, quanto meno, a ridurne il livello.

Tale obiettivo viene perseguito mediante l'attuazione delle misure generali e obbligatorie previste dalla normativa di riferimento e di quelle ulteriori ritenute utili in tal senso.

Da un punto di vista strettamente operativo, il Piano può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dal CSA “F.F. Casson”.

In quanto documento di natura programmatica questa sezione del piano, deve coordinarsi con le altre sezioni e gli altri strumenti di programmazione dell'Ente contenuti nel PIAO.

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 Integrato di Attività e Organizzazione 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 Integrato di Attività e Organizzazione 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 la Sottosezione di programmazione rischi corruttivi e trasparenza e le altre sottosezioni.
Responsabili dei servizi	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

Ufficio
Procedimenti Direttore
Disciplinari (U.P.D.)

- ✓ 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 PIAO 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 PIAO e nel Codice di comportamento✓ Segnalano eventuali situazioni di illecito

LA PREDISPOSIZIONE, ADOZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PIANO

Il PIAO costituisce lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un “processo finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno corruzione” come sopra definita.

Con questo strumento viene pianificato un programma di attività coerente con i risultati di una fase preliminare di analisi dell'organizzazione dell'Ente, sia sul piano formale che rispetto ai comportamenti concreti, in buona sostanza al funzionamento della struttura in termini di “possibile esposizione” a fenomeni di corruzione.

Il PIAO è soggetto a revisione entro il 31 gennaio di ogni anno trattandosi di documento programmatico dinamico a scorrimento, che pone in atto un processo ciclico, nell'ambito del quale le strategie e le misure ideate per prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi sono sviluppate o modificate a seconda delle risposte ottenute in fase di applicazione. In tal modo è possibile perfezionare strumenti di prevenzione e contrasto sempre più mirati e incisivi sul fenomeno.

Al fine di realizzare un'efficace strategia preventiva, il PIAO deve essere coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Amministrazione. Per questo motivo, potrebbe essere previsto un aggiornamento del Piano in corso d'anno.

Il Piano è stato predisposto dall'RPCT in collaborazione con i Responsabili degli Uffici e dei Settori, in collaborazione con il personale coinvolto nelle aree di maggior rischio, anche sulla base dei continui confronti ed esperienza maturati nel corso dell'anno precedente.

Ai fini dell'adozione/aggiornamento del PIAO i Responsabili degli uffici/servizi possono trasmettere al Responsabile della prevenzione eventuali proposte inerenti al proprio ambito di attività.

Lo schema preliminare predisposto per l'adozione/aggiornamento del PIAO viene presentato, prima dell'approvazione, ai Responsabili di Posizioni Organizzative e al Nucleo di Valutazione per eventuali osservazioni nonché pubblicato sul sito web dell'Ente ai sensi della Misura M16 per il coinvolgimento degli Stakeholder, con la possibilità di accogliere eventuali osservazioni anche nel corso dell'anno, per l'aggiornamento dell'anno successivo.

LA GESTIONE DEL RISCHIO

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione delle performance, l'Ente predispone e pubblica entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano delle performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico- amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione (art.10 comma 1 lett. a) D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii.). Esso individua gli obiettivi generali e specifici (di cui all'articolo 5, D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.) e definisce le risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance, ad ogni suo livello, degli obiettivi dell'Ente.

La struttura del Piano è conforme alle indicazioni fornite dalla ex CIVIT e si basa su principi di:

- Trasparenza: il Piano viene pubblicato sul sito istituzionale;
- Immediata intelligibilità: intesa come chiarezza e comprensibilità;
- Veridicità e verificabilità: tracciabilità dei processi nonché gli attori coinvolti
- Partecipazione: coinvolgimento del personale e condivisione degli obiettivi;
- Coerenza interna ed esterna;
- Orizzonte pluriennale.

La pianificazione del piano delle performance è la base della gestione strategica dell'Ente su un orizzonte programmatico di tipo pluriennale per gli obiettivi di carattere strategico e un riferimento annuale per gli obiettivi interagenti con le risorse disponibili per il 2024.

ANALISI DEL CONTESTO

L'organizzazione ha provveduto a definire il proprio contesto: Esterno ed Interno.

Per l'analisi dettagliata del contesto si rimanda al documento all'uopo predisposto ove, di entrambi i contesti, si sono individuati e riassunti i fattori costitutivi secondo il seguente schema:

Aspetti rilevanti → Fattori → Rischi correlati → Azioni di miglioramento.

CONTESTO ESTERNO

La capacità delle strutture del CSA Chioggia, ubicate nel centro di Sottomarina e di Chioggia, di conseguire i risultati attesi possono essere influenzati da obblighi di vincolo normativo, cogente, politico, aspetti economico- finanziario, competitività/concorrenza regionale o locale, Piano Socio-Sanitario, adeguamenti strutturali delle strutture concesse dal Comune in comodato d'uso, aspetti formativi, tecnologici, cambiamenti sociali e ultima, ma non ultima la relazione con i primi portatori di interesse: anziani e loro familiari.

Schematicamente tra gli aspetti esterni rilevanti che possono influenzare gli obiettivi attesi possiamo ricomprendere:

Fattori economici e politici/normativi	Mancata titolarità di convenzioni ed accordi con l’Az. ULSS, rischio forniture non conformi rispetto a quanto dichiarato in sede di gara, rischio di insolvenze dell’utente con pericolo di emulazioni, mancata evoluzione a centro di servizi, aumento dei costi gestionali per adeguamenti normativi, mancata corrispondenza tra posti autorizzati e disponibilità di impegnative di residenzialità, valore delle impegnative di residenzialità non aggiornato, nonché perdite economiche da emergenza pandemica.
Fattori ambientali	Parziale o mancata erogazione dei servizi per problematiche climatiche, biologiche, tecnologiche e il fenomeno dell’”acqua alta”
Fattori strutturali e infrastrutture	Rischio nel trasporto di persone e/o oggetti, rischio di acquisto di tecnologie già obsolete
Fattori umani e parti interessate (Regione, Comune, Az. ULSS, OO.SS., familiari, ecc.)	Scarso o mancato coinvolgimento nei tavoli tecnici (piani di zona), parziale o mancata convenzione con l’Az. ULSS, ritardo nella riforma delle IPAB, conflittualità politica, scarso o mancato rispetto del ruolo del Comitato familiari
Servizi erogati	Mancato riconoscimento del valore e delle prestazioni del CSA, aspettative di qualità più elevate e irrinunciabili, concorrenza con strutture pubbliche/private, riduzione delle entrate per impegnative di residenzialità più difficili da reperire, rischio di forniture non conformi o mancato rifornimento del prodotto/ servizio a quanto dichiarato in sede di gara, mancata diversificazione dell’offerta sul territorio
Fattori epidemiologici	Rischio di mancato raggiungimento della performance del sistema socio sanitario assistenziale e mancato conseguimento degli output ed outcome prefissati

Il modello veneto di welfare è fortemente orientato all’integrazione delle politiche sociali e sanitarie e all’integrazione tra l’offerta pubblica e privata di servizi. La Regione Veneto ha consolidato negli anni una propria strategia di integrazione, delegando una parte delle funzioni socio-sanitarie alle Az. ULSS e lasciando ai Comuni la facoltà di ulteriori deleghe di gestione, fino al conferimento complessivo di tutte le attività di interesse sociale e sanitario.

Le IPAB sono a tutti gli effetti enti pubblici e per questo soggetto ad adempimenti tipo gare d’appalto, anticorruzione, trasparenza, assunzione diretta di costi quali malattia, maternità, congedi, ecc.. In ossequio a quanto disposto dalla L.328/2000, che detta i principi per la riforma delle IPAB per ridurre il gap che le strutture pubbliche devono pagare in termini di tasse rispetto alle private, la Regione Veneto non ha ancora adottato il testo di riforma delle IPAB.

La Regione Veneto per effetto della L.R. 19/2016 ha istituito l’Azienda Zero e definito le nuove Az. ULSS

con decorrenza 01/01/2017, ma solo nel 2019 è divenuto operativo il Regolamento Unico di Residenzialità Anziani. Quest'ultimo ha portato al superamento di difformità tra cittadini di una stessa Az. ULSS, ma dall'altra ha generato negli enti un rincorrere l'impegnativa di residenzialità in quanto all'aumento dei posti letto residenziali non è seguito un aumento del numero delle impegnative di residenzialità (l'emissione dell'impegnativa di residenzialità comporta il riconoscimento della quota di rilevo sanitaria regionale così come determinata con apposito provvedimento annuale della Giunta Regionale). Di fatto le strutture sono costrette a fare accoglimenti in regime privato accollando, seppur calmierata, la quota sanitaria a carico della famiglia.

Ulteriore dato da tenere in considerazione è che il valore delle impegnative di residenzialità è cresciuto fino al 2010 e poi si è sostanzialmente fermato, per essere poi aggiornato con sistema unico dal 2022. Di seguito tabella del valore delle quote di rilievo sanitario per le impegnative di residenzialità di anziani non autosufficienti di I° e II° livello aa. 2007-2019:

ANNO	Impegnative I° livello	Impegnative II° livello
2007	€45,73	€52,26
2008	€46,87	€53,57
2009	€47,81	€54,64
2010-2022	€49,00	€56,00
2022 - 2023		€52,00

Si è detto che il PIAO può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito dell'attività amministrativa svolta dall'Ente.

Il processo di gestione del rischio definito nel presente Piano ha recepito, con opportuni adattamenti, la metodologia (ispirata ai principi e alle linee guida UNI ISO 31000:2010) definita dal Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 nonché le ulteriori indicazioni contenute nell'aggiornamento predisposto dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28.10.2015 e con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021. Il 16 novembre 2022 ANAC ha approvato il nuovo Piano nazionale Anticorruzione (Pna) 2022 che avrà validità per il prossimo triennio.

Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

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

Gli esiti e gli obiettivi dell'attività svolta sono stati compendiati nella “Tabella di Analisi e Gestione del Rischio”.

Di seguito vengono dettagliatamente descritti i passaggi del processo in argomento, evidenziandone con finalità esplicativa il collegamento alle succitate tabelle di gestione del rischio.

L'Analisi del contesto (esterno e interno) rappresenta la prima fase del processo di gestione del rischio. Consente di acquisire informazioni utili a comprendere come possano verificarsi fenomeni corruttivi

nell'ambito dell'Amministrazione proprio in considerazione delle specificità ambientali in cui si trova ad operare e delle sue caratteristiche organizzative interne.

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Amministrazione opera, che, con riferimento, per esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

In particolare, tale analisi ha la finalità di contestualizzare la realtà in cui il Piano si inserisce, tenendo conto anche del contributo delle più significative realtà culturali presenti nel territorio.

La riflessione sulla specificità del contesto può infatti contribuire a meglio definire gli interventi di prevenzione da adottare nell'Ente.

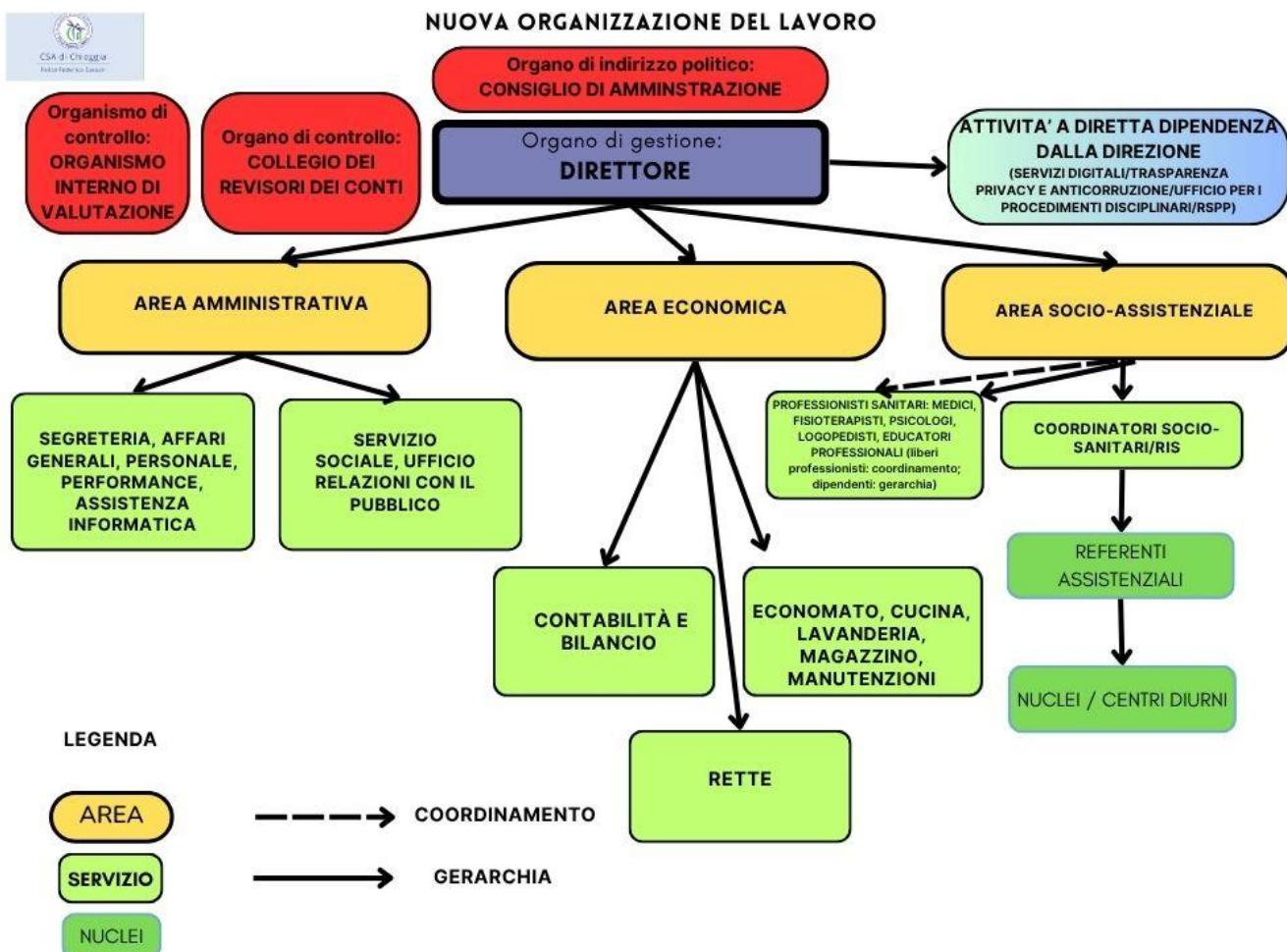
Ai fini dell'analisi del contesto esterno il RPC deve avvalersi degli elementi e dei dati contenuti nelle relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentate al Parlamento dal Ministero dell'Interno, in particolare si prende in esame quella pertinente al secondo semestre dell'anno 2021 relativamente al territorio della Regione Veneto.

Tra i fattori interni rilevanti che possono impattare con gli obiettivi definiti dall'Ente, si possono considerare la struttura organizzativa con le sue attività e le esigenze degli anziani, ruoli, responsabilità, le persone con le loro competenze, capacità di essere e flessibilità, la performance, la cultura dell'organizzazione, il mantenimento degli standard di qualità (efficacia, efficienza, economicità), la gestione del rischio, l'attenzione al benessere organizzativo, le risorse strumentali e sistemi informativi evoluti, la valorizzazione della formazione continua del personale, il rapporto con le famiglie degli anziani.

TABELLA SINOTTICA RIASSUNTIVA

Erogazione del servizio	Mancata capacità di raggiungimento degli obiettivi e soddisfazione di aspettative di anziani e familiari, definizione nei PAI di obiettivi inadeguati e non verificabili, ricadute negative sul tasso di occupazione dei posti letto e sulla reputazione dell'ente, mancata scrittura di reclami, segnalazioni espresse dai residenti e dai familiari, mancato raggiungimento di risultati di efficacia, efficienza ed economicità, mancata o parziale gestione del rischio, assenza di bilancio meta economico
Fattori umani e relazioni con le parti interessate	Mancanza di competenze e personale per i ruoli richiesti, mancata o parziale gestione del benessere organizzativo e della formazione come leva di miglioramento e conseguimento delle competenze e degli obiettivi, mancato insediamento dell'organo di rappresentanza degli utenti e dei familiari o rapporto con quest'organo, mancato ascolto del familiare, assenza o gestione del volontariato, mantenimento reputazionale dell'ente, tempestività, rintracciabilità e consegna degli ordini
Fattori economici e politico-normativi	Scorretta gestione del bilancio economico, puntualità nel pagamento degli stipendi, puntualità nel pagamento dei fornitori, mancata emissione di fatture per rimborso quote residenzialità, scorretta gestione contrattuale del personale, mancato o parziale accesso al credito, mancato pagamento di rette dell'utente, rischio di sanzioni per mancato rispetto della normativa.
Fattori ambientali	Disagio dell'utenza e dei dipendenti per mancata o parziale programmazione di interventi sull'impiantistica, sulle attrezzature o per mancata previsione di "dissesti" di rischio ambientale, rischio su gestione dei rifiuti, emergenza clinica
Fattori immobiliari tecnologici	Immobili non di proprietà dell'Ente, mancato o parziale adeguamento impianti, tecnologie, sistemi informatici, rischio di perdita di dati, rallentamento dei processi di erogazione dei servizi, mancato o parziale inventario dei beni
Fattori epidemiologici	Rischio di mancato raggiungimento della performance del sistema socio sanitario assistenziale, mancato conseguimento degli output ed outcome prefissati

Organigramma di cui alla Deliberazione n. 17 del 06.06.2025



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

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

- **Acquisizione e progressione del personale**
 1. Reclutamento
 2. Progressioni di carriera
 3. Conferimento di incarichi di collaborazione
- **Affidamento di lavori, servizi e forniture**
 1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
 2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
 3. Requisiti di qualificazione
 4. Requisiti di aggiudicazione
 5. Valutazione delle offerte
 6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
 7. Procedure negoziate
 8. Affidamenti diretti
 9. Revoca del bando
 10. Redazione del cronoprogramma
 11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
 12. Subappalto
 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
- **Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;**
- **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**
- **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

- identificazione
- analisi
- ponderazione del rischio

L'identificazione del rischio

I potenziali rischi, intesi come comportamenti prevedibili che evidenzino una devianza dai canoni della legalità, del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa per il conseguimento di vantaggi privati, sono stati identificati e descritti mediante:

- consultazione e confronto con i Responsabili dei Settori e il personale Amministrativo;
- ricerca di eventuali precedenti giudiziari (penali o di responsabilità amministrativa) e disciplinari che hanno interessato l'amministrazione negli ultimi 5 anni;
- indicazioni tratte dal PNA, con particolare riferimento agli indici di rischio indicati nell'Allegato 5 e alla lista esemplificativa dei rischi di cui all'Allegato 3.

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

L’analisi del rischio

Per ogni rischio individuato sono stati stimati la probabilità che lo stesso si verifichi e, nel caso, il conseguente impatto per l’Amministrazione. A tal fine ci si è avvalsi degli indici di valutazione della probabilità e dell’impatto riportati nell’Allegato 5 del PNA.

INDICE DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ

Discrezionalità

Il processo è discrezionale?

No, è del tutto vincolato	1
È parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
È parzialmente vincolato solo dalla legge	3
È parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
È 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**

Si **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**

INDICE DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

Impatto 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 il 80%	4
Fino a circa il 100%	5

Impatto 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
Si	5

Impatto 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
Si, sulla stampa locale	2
Si, sulla stampa nazionale	3
Si, sulla stampa locale e nazionale	4
Si, 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

I punteggi riferiti alla frequenza della probabilità e l'importanza dell'impatto sono stati graduati recependo integralmente i valori indicati nel citato Allegato 5 del PNA, di seguito riportati:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ	VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO
0 = nessuna probabilità	0 = nessun impatto
1 = improbabile	1 = marginale
2 = poco probabile	2 = minore
3 = probabile	3 = soglia
4 = molto probabile	4 = serio
5 = altamente probabile	5 = superiore

Ad ogni risposta relativa alla domanda è stato assegnato il relativo punteggio e il totale relativo a Probabilità e Impatto è stato calcolato con la media aritmetica tra somma e numero delle domande.

Infine, il valore numerico assegnato alla probabilità e quello attribuito all'impatto sono stati incrociati per determinare il livello complessivo di rischio connesso a ciascun processo analizzato.

Tali dati sono riportati rispettivamente nelle colonne “PROBABILITÀ”, “IMPATTO” e “VALORE RISCHIO” della “Tabella di Analisi e Gestione del Rischio”.

La 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				
PROBABILITÀ		1	2	3	4	5
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	

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

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

Talvolta l’implementazione di una misura può richiedere delle azioni preliminari che possono a loro volta configurarsi come “misure” nel senso esplicitato dalla definizione di cui sopra. Ad esempio, lo stesso 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 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 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.

MISURE DI PREVENZIONE E DI CONTRASTO

OGGETTO MISURA	CODICE IDENTIFICATIVO MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione dei processi	M03
Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti	M04
Monitoraggio dei tempi procedurali	M05
Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi	M06
Meccanismi di controllo nella formazione delle decisioni dei procedimenti a rischio	M07
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e di incarichi amministrativi di vertice e negli organismi controllati / partecipati	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 (<i>pantoufle – revolving doors</i>)	M11
<i>Whistleblowing</i>	M12
Patti di integrità	M13
Formazione	M14A (formazione base o di 1° livello) M14B (formazione tecnica o di 2° livello)
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	M15
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	M16
Regolamenti e Procedure	M17
Condivisione	M18

SCHEMA MISURA 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, il CSA “F.F. Casson” ha previsto la coincidenza tra le due figure nella persona del Segretario-Direttore.

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.

d.lgs. 33/2013

art. 1, commi 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33 e 34, l. 190/2012

Normativa di riferimento:

Capo V l. 241/1990

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni da intraprendere:

Caricamento e aggiornamento dei dati nelle sezioni dell'Amministrazione Trasparente secondo le tempistiche indicate dalla normativa; prosecuzione nel recupero delle carenze degli anni precedenti mediante la segreteria all'uopo istituita

Soggetti responsabili:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

(RPCT): il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti (istituita all'uopo una segreteria per recuperare le carenze degli anni precedenti)

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE: il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti (ogni singolo impiegato/funzionario amministrativo è incaricato ed abilitato ad operare nell'amministrazione trasparente per la sezione di propria competenza; gli adempimenti vengono monitorati periodicamente dal direttore nel corso delle riunioni settimanali del settore tecnico-amministrativo, cui partecipano anche le assistenti sociali).

Stato dell'attuazione della misura:

Nel corso del 2024 si è proceduto al recupero della quasi totalità dei dati nell'albero della trasparenza

Note:

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

SCHEDA MISURA 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.

Art. 54 d.lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1, comma 44, l. 190/2012

Normativa di riferimento: D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni da intraprendere: Si rimanda integralmente alle disposizioni di cui al d.P.R. 62/2013 sopra citato e al Codice di Comportamento di cui al Regolamento interno e al Codice disciplinare del CCNL Funzioni Locali.

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

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

Stato dell'attuazione della misura: Nel corso del 2024 si è proceduto all'aggiornamento del codice di comportamento secondo legge

Note: Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEDA MISURA 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.

Azioni da intraprendere:	Facendo riferimento alle attività, con relativo grado di rischio, individuate nelle tabelle indicate 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).
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Già attuata informatizzazione di tutto il personale con l'assegnazione di account nominativi di posta elettronica; realizzato intranet e aggiornato sito. In esecuzione l'ulteriore implementazione anche grafica del sito.
Termine:	31.12.2025
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEMA MISURA 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.

d.lgs. 82/2005

art. 1, commi 29 e 30, l. 190/2012

Normativa di riferimento: Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

D. Lgs. 97/2016

D. Lgs 33/2013

Azioni da intraprendere: 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

Soggetti responsabili: il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della misura: Attuata mediante applicativo ONEDESK (indicazione nel sito del link per formulazione telematica delle richieste di accesso)

Termine: //

Note: Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEMA MISURA M05: MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Come disposto dall'art. 1, comma 9, lett. d) e comma 28 della legge n. 190/2012 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.

Normativa di riferimento:	art. 1, commi 9, lett. d) e 28, l. 190/2012; Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
Azioni da intraprendere:	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.
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Attuato sistema di verifica mediante google workspace (calendario dedicato)
Termine:	//
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEDA MISURA 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.

art. 1, comma 9, lett. e), l. 190/2012

Normativa di riferimento: artt. 6 e 7 d.P.R. 62/2013

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

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

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

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

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

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

Soggetti responsabili: il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della
misura:

Concretamente attuato.

Termine: //

Note: Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEDA MISURA 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.

art. 1, comma 9, lett. b) l. 190/2012

Normativa di riferimento:

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

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

Azioni da intraprendere:

nel suddividere, laddove possibile, le fasi dei procedimenti tra più soggetti, cioè: il responsabile dell'istruttoria, il responsabile del procedimento, il responsabile del provvedimento.

Soggetti responsabili:

il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della misura:

Attuato mediante riorganizzazione del settore tecnico-amministrativo (superamento rigidità fra uffici). Da verificare corretto funzionamento.

Termine:

Monitoraggio continuo.

Note:

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

**SCHEDA MISURA M08: INCONFERIBILITÀ – INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI,
AMMINISTRATIVI DI VERTICE**

d.lgs. 39/2013

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Normativa di riferimento:

“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili” di cui alla delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016

Azioni da intraprendere:

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 nelle apposite Linee guida ANAC, la modulistica fornita per la resa delle dichiarazioni in argomento deve essere predisposta in modo tale da consentire al soggetto dichiarante di indicare gli eventuali incarichi ricoperti nonché eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Soggetti responsabili:

il direttore dell’Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell’attuazione della misura:

Attuato nel corso del 2024. Continuazione nel percorso.

Termine:

Monitoraggio continuo.

Note:

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

SCHEDA MISURA 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 di riferimento:	art. 53, comma 3-bis, D.Lgs. 165/2001 art. 1, comma 58-bis, l. 662/1996 Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
Azioni da intraprendere:	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.
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Realizzata modulistica e ripristinato sistema di concessione/monitoraggio degli incarichi. Predisposizione di un eventuale regolamento in materia.
Termine:	Entro l'anno.
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEDA MISURA 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:*

- a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) *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;*
- c) *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”.*

art. 35-bis d.lgs.165/2001

Normativa di riferimento:

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

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

Azioni da intraprendere:

- 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.

Soggetti responsabili: il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della misura: Attuato nel corso del 2024. Continuazione.

Termine: Monitoraggio continuo.

Note: Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEDA MISURA 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*”

Art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001

Normativa di riferimento:

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni da intraprendere:

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.

Soggetti responsabili:

il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della misura:

Da implementare

Termine:

Programmazione in corso

Note:

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

SCHEMA MISURA M12: WHISTLEBLOWING²

Il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione. La nuova disciplina è orientata, da un lato, a garantire la manifestazione della libertà di espressione e di informazione, che comprende il diritto di ricevere e di comunicare informazioni, nonché la libertà e il pluralismo dei media. Dall'altro, è strumento per contrastare (e prevenire) la corruzione e la cattiva amministrazione nel settore pubblico e privato. Chi segnala fornisce informazioni che possono portare all'indagine, all'accertamento e al perseguimento dei casi di violazione delle norme, rafforzando in tal modo i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni democratiche. Pertanto, garantire la protezione – sia in termini di tutela della riservatezza che di tutela da ritorsioni - dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce o, come si vedrà, con il nuovo istituto della divulgazione pubblica, contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

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.

D.Lgs. 24/2023

Normativa di riferimento:

Linee guida Anac di cui alla Delibera n. 311 del 12 luglio 2023

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

Azioni da intraprendere:

- Gestione delle eventuali segnalazioni pervenute, secondo la procedura informatica adottata il 09.12.2024.
-

² Misura aggiornata con DCA n. 17 del 06.06.2025

-
- 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.
-

Soggetti responsabili: il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell'attuazione della misura: Implementata in data 09.12.2024 mediante l'attivazione del portale:
<https://ipachioggia.whistleblowing.it/#/>

Termine: Completata

Note: Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEMA MISURA 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 di riferimento:	Articolo 1, comma 17, l. 190/2012 Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
Azioni da intraprendere:	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
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Da implementare
Termine:	Programmazione in corso
Note:	Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

SCHEMA MISURA M14 (A E B): 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 – codice identificativo M14A): 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 – codice identificativo M14B): 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 (M14A) mediante affiancamento di personale esperto interno (tutoraggio).

articolo 1, commi 5 lett. b), 8, 10 lett. c), 11 l. 190/2012

art. 7-bis d.lgs. 165/2001

Normativa di riferimento:

d.P.R. 70/2013

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

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

Soggetti responsabili: il direttore dell’Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell’attuazione della misura: Inserito nel piano formativo del 2024 (syllabus) ed in corso di conferma nel piano formativo del 2025. Assegnati obiettivi syllabus a tutti i dipendenti

Termine: Entro l’anno.

Misura M14A comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano

Note: Misura M14B per i livelli di medio, alto, altissimo

SCHEDA MISURA 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.

articolo 1, commi 4 lett. e), 5 lett. b), 10 lett. b) l. 190/2012

art. 16, comma 1, lett. l-quater, d.lgs. 165/2001

Normativa di riferimento:

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)

articolo 1, comma 221, L. 208/2015

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, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

Soggetti responsabili: il direttore dell’Ente che si avvale degli uffici competenti

Stato dell’attuazione della misura: Approvato nuovo funzionigramma; attuata modalità operativa flessibile che permette la segmentazione e il mutuo monitoraggio continuo del rischio.

Termine Nel corso dell’anno si prevede una ulteriore verifica organizzativa.

Note: Misura specifica per il livello di rischio classificato dal presente Piano come “altissimo (critico)”

SCHEDA MISURA 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 di riferimento:	Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)
Azioni da intraprendere:	Pubblicazione nel sito web istituzionale dell'Ente dello schema di Piano triennale di prevenzione della corruzione.
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura	Attuata con aggiornamento amministrazione trasparente
Termine:	Continuazione
Note	Misura collegata con trasparenza.

SCHEDA MISURA M17: REGOLAMENTI E PROCEDURE

L'Ente si è dotato di procedure e regolamenti interni per le attività del settore amministrativo.

Azioni da intraprendere:	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.
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Attivata procedura per assunzioni. Da implementare altre procedure.
Termine:	Programmazione in corso
Note:	Misura ulteriore e specifica per l'Ente

SCHEMA MISURA M18: CONDIVISIONE

Azioni da intraprendere:	Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra responsabili competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali
Soggetti responsabili:	il direttore dell'Ente che si avvale degli uffici competenti
Stato dell'attuazione della misura:	Integralmente realizzata nel corso dell'anno 2024.
Termine:	Continuazione
Note:	Misura ulteriore e specifica per l'Ente

IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI RISPOSTA

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

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

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno deve redigere una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione. La relazione del RPCT viene predisposta su un modello reso disponibile dall'ANAC.

Qualora l'organo di indirizzo politico lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

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

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

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

LE RESPONSABILITÀ

A fronte delle prerogative attribuite al RPC, sono previste corrispondenti responsabilità. In particolare, l'articolo 1 della legge n. 190 del 2012:

- al comma 8 stabilisce che “la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale”;
- al comma 12 prevede che, in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPC risponde per responsabilità dirigenziale, sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso, nonché di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del medesimo articolo 1;

- al comma 14 individua inoltre un’ulteriore ipotesi di responsabilità dirigenziale nel caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano nonché, in presenza delle medesime circostanze, una fattispecie di illecito disciplinare per omesso controllo.

Specifiche corrispondenti responsabilità sono previste a carico del Responsabile della trasparenza e dei Dirigenti con riferimento agli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza. In particolare:

- l’articolo 1, comma 33, della legge n. 190 del 2012 stabilisce che la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell’articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 198 del 2009 e va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell’articolo 21 del decreto legislativo n. 165 del 2001. Eventuali ritardi nell’aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.
- l’articolo 46, comma 1, del decreto legislativo n. 33 del 2013 prevede che “*L’inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all’immagine dell’amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili*”.

Si precisa che presso il CSA “F.F. Casson” la responsabilità dell’Ufficio per i procedimenti disciplinari è in carico al Direttore in maniera monocratica.

La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione trasfuse nel presente PTPC devono essere rispettate da tutti i dipendenti, compresi i Dirigenti.

L’articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012 dispone infatti che “La violazione, da parte dei dipendenti dell’amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”.

Con particolare riferimento ai Dirigenti, a detta responsabilità disciplinare si aggiunge quella dirigenziale.

TABELLA SINOTTICA DI RIEPILOGO: ANALISI E GESTIONE DEL RISCHIO

Area A: Personale

PROCESSO	FASI DI PROCESSO	UFFICIO RESPONSABILE	ANALISI DEI RISCHI				MISURE ATTUATE	MISURE DA ATTUARE O MIGLIORARE
			RISCHIO	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE RISCHIO		
Controlli generali per reclutamento posti vacanti	Analisi fabbisogno Verifica compatibilità bilancio e piano annuale assunzioni e dotazione organica Verifica standard regionali Scelta tipologia se assunzione interna o affidamento esterno, con indirizzo del CdA e secondo procedura del regolamento interno	PERSONALE	Nessun rischio in quanto non è possibile andare in deroga a vincoli di standard regionali.			MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M18	M03, M05, M11, M12, M14
Comunicazione alla Provincia e al Ministero Funzione Pubblica (art. 34bis c2bis D.lgs 165/2001)	Comunicazione alla provincia della disponibilità Se esito è positivo, arriva il personale dalla Provincia o Ministero e bisogna assumere Se esito è negativo, si procede con la mobilità con relativo regolamento	PERSONALE	Nessun rischio in quanto atto dovuto per normativa, procedura potrebbe essere invalidata			MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M18	M03, M05, M11, M12, M14

Mobilità (fase obbligatoria per assunzione a tempo indeterminato) (art. 30 c2bis D.lgs 165/2001)	<p>Decreto del Direttore per la procedura, con definizione delle caratteristiche del posto da coprire, requisiti del personale</p> <hr/> <p>Pubblicazione in Albo online dell'Ente, Albo di altri Enti, BUR</p> <hr/> <p>Ricezione domande</p> <p>Nomina commissione per la valutazione candidature (interna o esterna, a seconda del profilo da assumere)</p> <hr/> <p>Selezione</p> <hr/> <p>Verbale (se manca ancora personale si procede con concorso)</p> <hr/> <p>Verifica esistenza di una graduatoria interna e validità della stessa (utilizzo di graduatoria interna è un obbligo)</p> <hr/> <p>Invio di una <i>e-mail</i> ad ogni telefonata effettuata a prescindere dalla risposta o meno del candidato per avere una traccia delle telefonate.</p> <hr/> <p>Assunzione mediante scorrimento della lista</p> <hr/> <p>Verifica esistenza dei requisiti dichiarati con dichiarazione sostitutiva al momento dell'assunzione in</p>	PERSONALE	Nessun rischio in quanto atto dovuto per normativa, procedura potrebbe essere invalidata	MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M18	M03, M05, M11, M12, M14, M17		
Controllo graduatorie		PERSONALE	Selezione dalla graduatoria senza seguire l'ordine	2,17	2,00	BASSO	M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M18	M03, M05, M11, M12, M14, M17

	<u>In base al regolamento concorsi si redige un bando/avviso di selezione con i requisiti richiesti per la figura da assumere che viene approvato dal Segretario-Direttore. Il Segretario/Direttore decreta l'approvazione del bando di concorso</u>				
	<u>Pubblicazione su BUR, albo online ente, albo online di altri enti</u>				
	<u>Ricezione domande di partecipazione</u>	Nomina della Commissione prima della scadenza del termine della presentazione della domanda di partecipazione;	2,17	2,50	MEDIO
Concorso	<u>La nomina della commissione viene nominata prima della scadenza del bando</u>	Criteri di partecipazione ad hoc; prove comunicate prima dell'esame			M01, M02, M04, M06, M07, M08, M09, M10, M18
	<u>PERSONALE Verifica commissione ed eventuale sostituzione</u>				M03, M05, M11, M12, M14, M17 (Regolamento per l'assunzione)
	<u>Commissione definisce e costruisce le prove d'esame</u>				
	<u>Verifica da parte dell'ufficio della completezza delle domande pervenute</u>				
	<u>Comunicazione di eventuale esclusione</u>				
	<u>Invito al giorno e luogo d'esame per i partecipanti</u>				
	<u>Svolgimento prove</u>				
	<u>Correzione prove</u>				

	d'esame						
	Verbali e graduatorie degli idonei						
	Delibera del CDA che approva la graduatoria e pubblicazione all'albo						
	Assunzione dei posti in graduatoria in ordine di graduatoria (se abbiamo un rifiuto acquistiamo il diniego)						
	Verifica della corrispondenza dei requisiti dichiarati						
Assunzione diretta per profili bassa qualifica, solo per i tempi determinati	Comunicazione al Centro per l'Impiego per assegnazione di personale con il profilo designato	UFFICIO PERSONALE	Nomina commissione per verifica idoneità candidati	Nomina della Commissione prima della scadenza del termine della presentazione della domanda di partecipazione;	2,00	1,50	BASSO
	Commissione interna valuta l'idoneità						
	Comunicazione al centro per l'impiego dei nominativi idonei	DIRETTORE		Valutazione mirata a favorire un partecipante			
	Verbale e assunzione con determina						
Stage - Tirocini	Convenzione dal CDA con l'università per gli IP e Scuole professionali per i profili di operatore.	UFFICIO PERSONALE	Definizione del progetto di inserimento	Nessun rischio in quanto vengono assegnati	1,67	1,75	BASSO

LSU	Ente predisponde progetto per inserimento di LSU a supporto del personale operante						
	Progetto trasmesso al centro per l'impiego che lo approva	UFFICIO PERSONALE	Nessun rischio in quanto non sono remunerati	1,67	1,25	MOLTO BASSO	M17 (regolamento per l'attività di tirocinio)
	CPI invia personale, diviso nelle categorie impiegatizia o operai	Commissione					
	Personale designato dell'Ente valuta l'idoneità						
	Lettera dell'esito della valutazione al CPI e alla persona selezionata e inserimento nelle attività dell'Ente dell'LSU						
Progressioni di carriera	Sono ferme da anni. La valutazione viene fatta in base a: - accordo con i sindacati - contratto decentrato pluriennale che definisce i criteri - accordo annuale per la distribuzione delle risorse - scheda delle prestazioni lavorative (performance) - determina di approvazione dei criteri per accedere alla selezione Viene stilata una graduatoria	DIRETTORE	Nessun rischio in quanto bloccate al momento			MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M06, M08, M09, M10, M18

Incarichi professionali	<u>Controlli generali</u>						
	<u>Verifica mancanza professionalità interna</u>						
	<u>Definizione criteri di valutazione e requisiti</u>						
	<u>A parte casi eccezionali si utilizza affidamento diretto</u>						
	<u>In caso vengono stilate delle graduatorie per incarichi professionali a tempo determinato</u>						
	<u>Eventuale nomina commissione alla scadenza dell'invio delle offerte</u>	UFFICIO PERSONALE	Criteri di partecipazione ad hoc	2,67	1,50	MEDIO	M03, M05, M11, M12, M14, M17 (Creazione del regolamento per l'assunzione)
	<u>Selezione secondo modalità prefissate nell'avviso</u>	DIRETTORE					
	<u>Verifica dei requisiti dichiarati</u>						
	<u>Decreto di affidamento direttore</u>						
	<u>Pubblicazione risultati della selezione anche nel portale della trasparenza</u>						
	<u>Pubblicazione in Perla PA (anagrafe delle prestazioni)</u>						
	<u>Stipula del contratto</u>						

Disciplinare	<p>Viene fatta la segnalazione al direttore o dal coordinatore.</p> <p>Quando la sanzione prevedibilmente contestabile va al di là del semplice richiamo si convoca per la difesa il soggetto e il relativo Avvocato/ Procuratore/ Rappresentante sindacale.</p> <p>Nei casi più gravi il direttore fa redigere un verbale con eventuali testimoni e alla fine eroga la sanzione</p>	DIRETTORE (resp ufficio provvedimenti disciplinari)	Soggettività della valutazione per la gravità del fatto	1,50	2,50	MEDIO	<p>M03, M05, M12, M14, M17</p> <p>(Regolamento per i procedimenti disciplinari)</p>
Formazione del personale	<p>Per quanto riguarda la sicurezza annualmente viene predisposto un piano di formazione approvato da tutte le figure sicurezza (RSPP+ RLS+ Medico del lavoro + datore di lavoro) e approvato con decreto del direttore.</p> <p>La formazione di base viene fatta dall'RSPP mentre per i rischi specifici la formazione viene svolta dalle varie figure professionali</p>	DIRETTORE RSPP		1,17	2,50	BASSO	<p>M14, M17</p> <p>(Regolamento di formazione del personale)</p>
	Organizzazione formazione, dando la precedenza a quella obbligatoria, con controllo sul budget, definito secondo il contratto nazionale di lavoro						

Area B: Bandi di gara e Contratti

PROCESSO	FASI DI PROCESSO	UFFICIO RESPONSABILE	ANALISI DEI RISCHI			MISURE DA ATTUARE O MIGLIORARE
			RISCHIO	PROBABILITA' IMPATTO	VALORE RISCHIO	
Piano biennale forniture e servizio	<u>redazione programma</u> <u>Delibera del CDA di approvazione</u> <u>Pubblicati nell'amministrazione trasparente</u> <u>Pubblicato nel Ministero delle Infrastrutture e Trasporti</u> <u>Elenco delle forniture e servizi che superano il milione: invio PEC al MEF ai sensi dell'art. 1 c. 505 del D. Lgs 208/2015</u>	UFFICIO ECONOMATO DIRETTORE CDA	Nessun rischio in quanto atto organizzativo di indirizzo		MOLTO BASSO	M17
Piano triennale Lavori Pubblici	<u>redazione programma</u> <u>Delibera del CDA di approvazione</u> <u>Pubblicati nell'amministrazione trasparente</u> <u>Pubblicato nel Ministero delle Infrastrutture e Trasporti</u>	UFFICIO ECONOMATO DIRETTORE CDA	Nessun rischio in quanto atto organizzativo di indirizzo		MOLTO BASSO	M17

Acquisti con cassa economato per beni di necessità immediata o minuti (importi sotto i 1000 euro) pagata in contanti	Pagamento / Rimborso della ricevuta o documento dell'acquisto	ECONOMO CdA	Presentazione di scontrini non di competenza dell'ente	2,17	2,75	MEDIO	M01, M02, M04, M17 (Regolamento del servizio economale)	M05, M07 (Eventuali ulteriori controlli), M12, M13, M14
Affidamento diretto sotto i 40.000 (salvo deroghe di cui all'art. 1, legge 120 del 2020)		ECONOMO RAGIONIERE DIRETTORE	Mancanza di rotazione dei fornitori, mancata richiesta di più offerte	2,50	2,25	MEDIO	M01, M02, M04, M07, M10	M05, M12, M13, M14, M17 (Regolamento per l'acquisizione dei beni e servizi in economia)

	Individuazione fabbisogno reparti, con avvallo del Direttore o per scadenza contratto in corso					
	Verifica esistenza del prodotto / servizi in CONSIP, soggetti aggregatori regionali, MEPA					
	Se non c'è convenzione o soggetto aggregatore, decreto a contrarre con definizione dei criteri di individuazione del contraente e modalità di scelta dell'offerta (prezzo più basso / economicamente più vantaggiosa) ed eventuale proroga del contratto con la ditta in corso	ECONOMO				
Procedura negoziata per forniture di beni e servizi e lavori	Richiesta SMARTCIG / CIG Simog	DIRETTORE	Mancanza di rotazione dei fornitori; criteri di selezione poco chiari o mirati	3,00	1,75	MEDIO
	Scelta della procedura di individuazione dell'operatore economico tra: A. Pubblicazione avviso di manifestazione di interesse nel sito B. Indagine di mercato	FIGURA SANITARIO/ AMMINISTRATIVA				M01, M02, M04, M07, M10
	Lettera di invito / Richiesta di preventivo					M01, M02, M04, M07, M10
	Eventuale nomina commissione alla scadenza delle offerte, se criterio è quello economicamente più					

	vantaggioso						
	Valutazione offerte con verbale						
	<u>Individuazione fabbisogno reparti, con avvallo del Direttore o scadenza contratto in corso</u>						
	Verifica esistenza del prodotto / servizi in CONSIP, soggetti aggregatori regionali, MEPA						
	<u>Se non c'è convenzione o soggetto aggregatore, decreto a contrarre per progettazione e definizione dei documenti di gara (con individuazione criteri di scelta dell'aggiudicazione e redazione del cronoprogramma)</u>	ECONOMO	Criteri di selezione poco chiari o atti a favorire un'azienda in particolare; mancanza di rotazione della commissione	3,17	2	MEDIO	M01, M02, M04, M06, M07
Bando di gara per forniture di beni e servizi e lavori	Richiesta CIG Simog	DIRETTORE					M03, M12, M14, M17
	Pubblicazione del bando di gara	RUP					
	Eventuale nomina della Commissione dopo il termine di presentazione delle offerte						
	<u>Valutazione offerte</u>						
	Affidamento con decreto del Direttore						

	In caso di errori, procedura in autotutela (in caso di incongruenze e di conseguenza il danno erariale) O in caso che la partecipazione sia troppo bassa e di conseguenza il prezzo di aggiudicazione potrebbe essere antieconomico per l'Ente O per mancanza di requisiti del contraente	ECONOMO RUP DIRETTORE	Revoca nel caso in cui l'unico fornitore che partecipa non si gradito all'Ente	1,83	2	BASSO	M01, M02, M04, M06, M07	M03, M12, M13, M14
Varianti in corso di esecuzione di contratto	Art. 106 del Codice, ammesse solo in caso si verifichino i requisiti e si segue la procedura definita dalla normativa	ECONOMO RUP DIRETTORE	Esecuzione senza direttive scritte oltre ai lavori da contratto, favoreggiamento dell'azienda esecutrice attraverso sforamento del budget iniziale	2,5	2	MEDIO	M01, M02, M04, M06, M07	M03, M12, M13, M14
Subappalto	Deve essere preventivamente previsto dalla Ditta partecipante Poi chiede l'autorizzazione all'Ente L'Ente deve controllare la ditta subappaltante (art. 105 del Codice) L'Ente comunica l'accettazione del subappalto	RUP ECONOMO	Autorizzo di subappalto quando non permesso	2,33	1,75	BASSO	M01, M02, M04, M07	M05, M12, M14

Area C: Entrate, Spese, Patrimonio

	Collaudo o verifica dell'effettivo svolgimento e da contratto del servizio o fornitura, entro 30 giorni dal ricevimento della fattura	ECONOMO	Pagamento di fornitori senza un ordine preciso, solo per favorire uno in particolare	2,50	1,75	MEDIO		
Uscite	Verifica sui fornitori, previste dalla normativa, prima del pagamento fattura	ECONOMO	DIRETTORE	RAGIONIERE	M01, M02, M04, M07	M05, M12, M14		
	Determina di autorizzazione alla liquidazione e attestazione liquidazione							
	Emissione mandati di pagamento della tesoreria	RAGIONIERE	ECONOMO					
	Per il pagamento dei cedolini la gestione e l'elaborazione è in capo a ditta esterna mentre il pagamento è cofirmato dal direttore e dal ragioniere	DIRETTORE	RAGIONIERE	PERSONALE	Modifica dei cedolini per pagamenti a favore di qualcuno	1,50	2,25	BASSO

	Gestione dei beni strumentali (cespiti)	RAGIONIERE						
	L'econo verifica le caratteristiche del bene all'arrivo in struttura. Il manutentore appone in codice di inventario e il ragioniere lo inserisce all'interno del gestionale	ECONOMO	Errore umano, dimenticanza di dismettere un cespiti, che potrebbe non essere segnalato.	1,50	1,75	BASSO	M01, M02, M04, M07	M05, M12, M14, M17 (procedura di inventario)
	Formazione e addestramento personale per l'uso dei cespiti strumentali							
	Dismissione cespiti, attraverso smaltimento rifiuti (dopo controllo) e verbale di dismissione	MANUTENTORE ECONOMO RAGIONIERE						
Patrimonio	Gestione dei beni dell'Ente: sede della CdR							
	Gestione altri locali dell'Ente (due appartamenti presso l'edificio denominato Casa Mundi)	RAGIONERIA	Locazioni o alienazioni fatte a favore di qualcuno senza controllo e trasparenza nelle procedure	1,33	1,75	MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M07	M05, M12, M14, M17
	L'ente possiede dei terreni che loca ad una ditta esterna	RAGIONERIA DIRETTORE						
	Alienazioni di beni dell'Ente, secondo procedura normata con evidenza pubblica (asta o trattativa privata, dopo il rilascio di autorizzazione reg.le)	CDA DIRETTORE						
Donazioni ricevute	Eventuali donazioni testamentarie viene deliberata l'accettazione e individuata destinazione	CDA DIRETTORE	Trattenimento delle somme destinate alla donazione	1,33	1,75	MOLTO BASSO	M01, M02, M04, M07	M05, M12, M14, M17

Area D: Gestione Ospiti

PROCESSO	FASI DI PROCESSO	UFFICIO RESPONSABILE	ANALISI DEI RISCHI			MISURE ATTUATE	MISURE DA ATTUARE O MIGLIORARE
			RISCHIO	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE RISCHIO	
	Accogliimento per posto letto vuoto tramite graduatoria RUR con impegnativa di residenzialità	ASSISTENTE SOCIALE	Non c'è rischio perché la graduatoria viene definita dall'ULSS			MOLTO BASSO	
	Accogliimento ospiti in libero mercato	ASSISTENTE SOCIALE PSICOLOGO	Favoreggiamento di ingresso di ospiti a seguito di pressioni sociali, senza seguire un criterio preciso. Variazione della lista della graduatoria	2,00	2,00	BASSO	M07, M17 (Protocolli di ingresso) M14, M17 (implementare protocolli di scelta)
Inserimento ospiti	Retta ospite (calcolo automatico in base alla camera e alla condizione)	CDA + Direttore	Non c'è rischio perché è automatico, definita dal CDA annualmente e il calcolo è automatico in base alla condizione dell'ospite; DIRETTORE controlla e firma			MOLTO BASSO	M07, M17
	Visita di preingresso con l'ospite e familiari; raccolta documentazione; Inserimento in nucleo; Creazione fascicolo ospite; UOI entro 30 giorni (per creare il PAI)		Nessun rischio in quanto procedure a inserimento già avvenuto			MOLTO BASSO	M07, M17

	<u>Chiamato il medico</u>						
Decesso ospite	Vestizione dell'ospite da parte delle pompe funebri nella camera mortuaria interna all'Ente	OSS	Processo vincolato, rischio non c'è	1,17	1,75	MOLTO BASSO	M07, M17 (protocollo D1 – decesso degli ospiti in struttura)
	Gestione amministrativa del decesso, con comunicazione all'ULSS	IP MEDICO					
	Conguagli e restituzione eventuali maggiori somme						
Farmaci	Prescritti dal Medico, assegnato dall'ULSS su base di specifica convenzione con l'IPAB. I farmaci vengono forniti dalla farmacia ospedaliera.	MEDICO	Non c'è rischio in quanto non è la struttura a pagare i farmaci prescritti dal medico				
	Per la gestione dei farmaci fuori convenzione l'IPAB si appoggia alle due farmacie presenti a rotazione 6 mesi ciascuna. Acquisti fatti per conto dell'ospite tramite scontrino e inserite nella retta .	IP	Rischio di gonfiare il rimborso	1,17	1,75	MOLTO BASSO	M07, M17

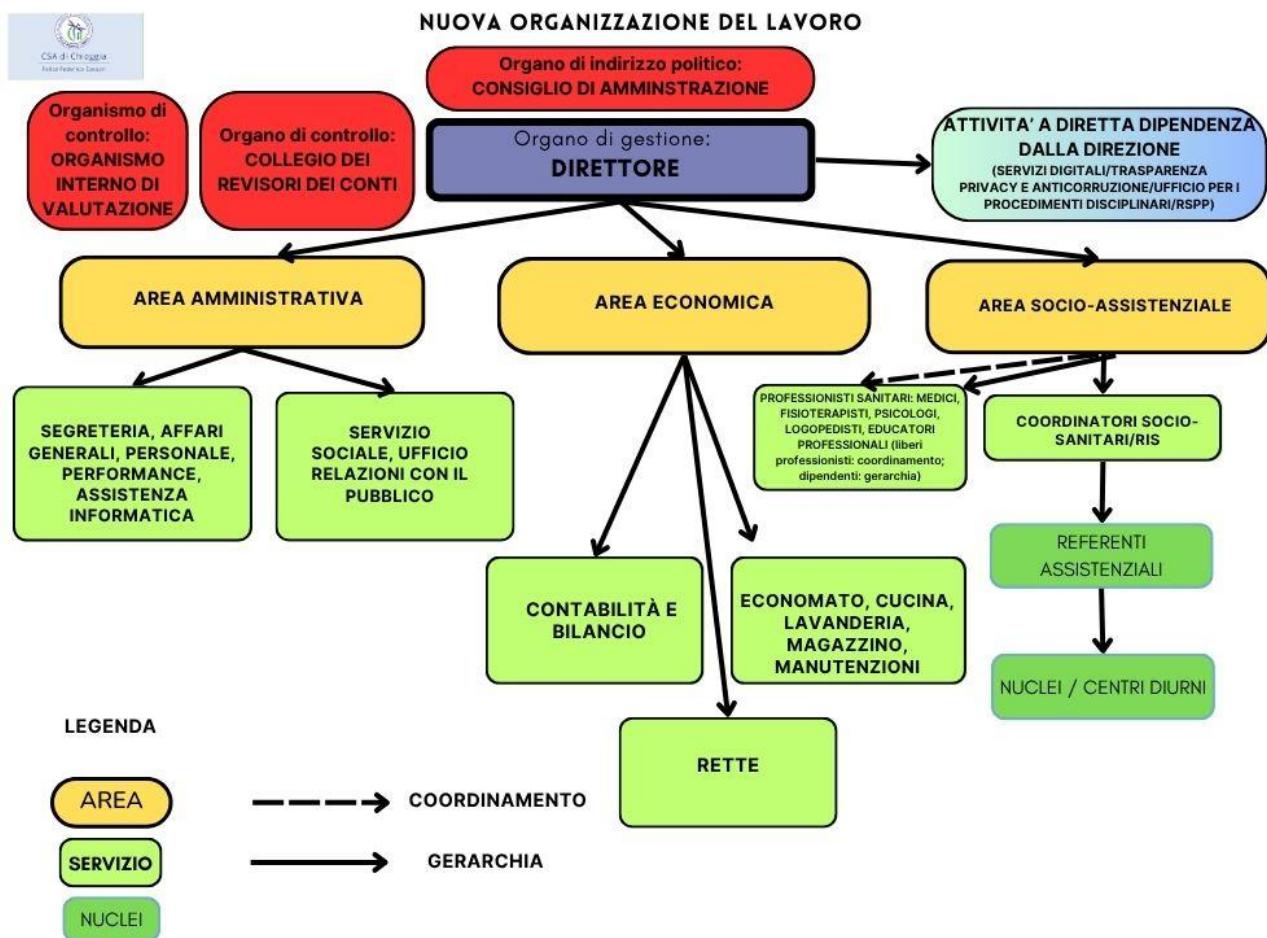
Area E: Controlli, vigilanza e sanzioni

PROCESSO	FASI DI PROCESSO	UFFICIO RESPONSABILE	ANALISI DEI RISCHI			MISURE ATTUATE	MISURE DA ATTUARE O MIGLIORARE
			RISCHIO	PROBABILITA'	IMPATTO		
Controlli prestazioni professionisti	<u>Verifica corrispondenza progetto</u> <u>Annualmente vengono assegnati obiettivi di miglioramento. Con report finali e relazione del direttore</u>	DIRETTORE Figura interessata	Controlli mirati per favorire una persona	1,17	1,50	MOLTO BASSO	M17, M18
Gestione non conformità	<u>Chi rileva la non conformità compila il modulo o segnala la rilevazione al direttore o al coordinatore - Procedura 5 M05/01</u> <u>Gestione della non conformità con prospetto di miglioramento</u> <u>Analisi delle non conformità, con progetto per l'anno successivo per i nuovi obiettivi della qualità - Procedura 5 M05/01</u>	DIRETTORE	Nascondere le non conformità	1,17	1,75	MOLTO BASSO	M14 (Sensibilizzazione del personale nei confronti dei processi della Qualità), M17 (Procedura di qualità)

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Il capitale umano è la principale risorsa del CSA “F.F. Casson” e la sua struttura organizzativa è articolata nell’organigramma di cui l’Ente si è dotato e che di seguito si riporta:



L’adozione del succitato organigramma è avvenuta con delibera n. 17 del 06.06.2025, al termine di un percorso avviato con delibera n° 30 del 22 settembre 2023 e successivamente integrata con ulteriori precisazioni dalla delibera n° 39 del 16 novembre 2023..

Il ruolo di Direttore e la Responsabilità delle Aree sono affidati al Dirigente (qualifica Unica Dirigenziale di cui al vigente CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO RELATIVO AL PERSONALE DELL’AREA DELLE FUNZIONI LOCALI).

La responsabilità dei Servizi è di norma affidata a personale di ex cat. D e C di cui al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Relativo al personale del Comparto Funzioni Locali del 16.11.2022.

Il Modello Organizzativo è definito dal Regolamento di amministrazione e da sottostanti atti di organizzazione

approvati con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione. Eventuali interventi e azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati potranno essere adottati dal Consiglio di Amministrazione o dal Direttore in base a quanto previsto dal Regolamento di amministrazione.

3.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del Lavoro Agile

Premessa

Il presente documento viene predisposto in attuazione delle previsioni del comma 1 dell’articolo 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, disposizione nel tempo destinataria di numerose modifiche e del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021.

Date le ridotte dimensioni del CSA “F.F. Casson” e considerato che la gran parte del personale dipendente svolge attività di assistenza diretta alla persona per la quale è fondamentale la presenza personale in struttura, nonché vista l’interconnessione trasversale tra uffici tale istituto viene riconosciuto in casi di necessità e di emergenza su espressa richiesta del dipendente interessato. Pertanto si intende procedere all’introduzione del lavoro agile, nella consapevolezza dell’oggettiva difficoltà insita in tale operazione, difficoltà determinata dalla necessità di mettere in campo nuove competenze gestionali e di adottare nuovi strumenti (organizzativi e tecnologici), con l’obiettivo di pervenire allo sviluppo del lavoro agile in modo equilibrato.

Ciò dovrà avvenire, è bene ricordarlo, coniugando l’obiettivo di mantenere e migliorare la qualità dei servizi resi agli utenti e, nel contempo, di migliorare il benessere organizzativo del personale.

Modalità attuative – come si attua il lavoro agile

Dipendenti assegnabili al lavoro agile

In via generale, sono ammissibili al lavoro agile le sole figure con ruoli amministrativi.

Di norma, il personale con prestazione a tempo parziale è ammesso qualora la prestazione non sia inferiore al 75 %.

Non sono di norma ammissibili al lavoro agile i dipendenti neo assunti, anche tramite mobilità, nei primi 24 mesi dalla prima assunzione in servizio presso il CSA “F.F. Casson” e il personale a tempo determinato.

Posizioni di lavoro assegnabili al lavoro agile – contingente massimo.

Le posizioni di lavoro assegnabili al lavoro agile sono individuate dal Segretario Direttore con proprio provvedimento, tenuto conto, fra l’altro dei seguenti fattori:

1. tipologia delle prestazioni richieste e tecnologia utilizzata,
2. tipologia di relazione con l’utenza e relazioni interne,
3. dotazione organica dell’unità operativa di appartenenza.

In linea generale, la prestazione di lavoro può essere svolta in modalità agile qualora ricorrano le seguenti condizioni minime:

a) è possibile, grazie all’utilizzo delle dotazioni informatiche, svolgere da remoto almeno una significativa parte dell’attività a cui è assegnato il lavoratore, senza necessità di presenza fisica in sede, senza arrecare penalizzazione alla produttività ed alla qualità del servizio reso all’utenza nell’ambito dell’unità organizzativa di appartenenza;

b) è possibile, grazie alla tecnologia telematica e digitale, accedere da remoto e in sicurezza a tutti gli applicativi tecnologici necessari per lo svolgimento della prestazione di lavoro disponibili ed accessibili presso la sede;

c) il lavoratore gode di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa;

d) è possibile monitorare la prestazione lavorativa resa dal lavoratore e valutare i risultati conseguiti.

Il lavoro agile può avere ad oggetto sia le attività ordinariamente svolte in presenza dal lavoratore, sia, in aggiunta o in alternativa e comunque senza aggravio dell'ordinario carico di lavoro, attività progettuali specificamente individuate tenuto conto della possibilità del loro svolgimento da remoto, anche in relazione alla strumentazione necessaria.

Modalità di svolgimento della prestazione in modalità agile

Il numero di giornate fruibili, su base settimanale è in numero massimo di due.

Nel caso di più dipendenti assegnati al lavoro agile appartenenti alla medesima unità operativa, l'individuazione delle giornate di lavoro deve tenere conto dell'esigenza di garantire il presidio in sede.

La prestazione lavorativa agile deve essere espletata nella fascia giornaliera dalle 8.30 fino alle 18.00, di norma in due giornate comprese tra il lunedì ed il venerdì, non può inoltre essere effettuata nelle giornate di sabato, domenica o festive infrasettimanali e deve essere distribuita nell'arco della giornata in modo da assicurare le 11 ore di riposo consecutive nelle 24 ore, come previsto dalla normativa vigente.

Nelle giornate di lavoro in modalità agile non sono previste prestazioni straordinarie, notturne e festive che determinino maggiorazioni retributive.

Nelle giornate prestate in lavoro agile il lavoratore deve garantire le seguenti fasce di contattabilità, ovvero periodi di tempo durante i quali lo stesso si impegna ad essere contattabile dagli uffici e dagli utenti (per telefono, mail, video collegamento) in tempi brevi, di norma entro 20 minuti:

Fasce di contattabilità:

- da lunedì al venerdì: 8.30 / 12.30 – 14.00 / 18.00;

L'Amministrazione, per esigenze di servizio rappresentate dal Segretario Direttore, può richiedere la presenza in sede del lavoratore in qualsiasi momento. Qualora motivatamente impossibilitato al momento della richiesta, il lavoratore è in ogni caso tenuto a presentarsi in sede entro l'inizio della giornata lavorativa successiva.

In casi straordinari, correlati a specifiche esigenze di servizio previste nell'accordo individuale, il lavoratore può espletare, nell'arco della medesima giornata lavorativa, la propria attività in parte in presenza ed in parte in remoto.

In caso di malattia la prestazione lavorativa in modalità agile non può essere eseguita nel rispetto delle norme in materia di assenze dal lavoro. Il lavoratore agile conserva il diritto a fruire dei medesimi istituti di assenza giornaliera previsti per la generalità di tutti i dipendenti dell'Amministrazione.

Diritto alla disconnessione

L'Amministrazione riconosce e raccomanda al dipendente l'applicazione del diritto alla disconnessione: nelle giornate in modalità agile, come peraltro in via generale in tutte le giornate lavorative, il lavoratore ha diritto a non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione di cui alla successiva lett. b). Per la relativa attuazione vengono adottate le seguenti prescrizioni:

- a) il diritto alla disconnessione si applica sia nella dimensione interna, in senso verticale e bidirezionale (verso i propri responsabili e viceversa) e in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi, come pure nella dimensione esterna da/verso gli utenti;
- b) il "diritto alla disconnessione" si applica dalle ore 18.00 alle 8.30 del mattino seguente, salvo casi di comprovata urgenza, nonché nell'intera giornata di sabato, di domenica e di altri giorni festivi (tranne per i casi di attività istituzionale).

Dotazioni strumentali

Il lavoratore espleta la prestazione lavorativa in modalità agile avvalendosi di supporti informatici (personal computer, stampante, smartphone) e quant'altro ritenuto idoneo dall'Amministrazione per l'esercizio dell'attività lavorativa, di sua proprietà o disponibilità.

Qualora il lavoratore non disponga di strumenti informatici e/o tecnologici idonei propri, l'Amministrazione, nei limiti delle proprie disponibilità, potrà inizialmente fornire al lavoratore, in comodato gratuito, le seguenti dotazioni:

- personal computer portatile con telecamera e microfono integrati;
- configurazione del pc: sistema operativo Windows, accesso con VDI al proprio pc virtuale configurato con lo standard dei pc dell'Ente;
- configurazione per la connessione fonia/dati: utilizzo SIM aziendale su cellulare aziendale o cellulare personale o consegna al lavoratore di un dispositivo di telefonìa mobile (cellulare o smartphone). Sul numero di telefono mobile fornito al lavoratore verrà attivata la deviazione delle telefonate in entrata sul numero di ufficio interno assegnato al lavoratore.
- stampante, qualora ritenuta necessaria allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto dovranno essere prontamente comunicati dal lavoratore al Servizio di Assistenza informatica al fine di trovare una possibile risoluzione al problema. Qualora tali impedimenti non siano risolvibili, il Segretario Direttore, tempestivamente informato dal lavoratore, individuerà le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, se inevitabile il rientro nella sede di lavoro. Nel caso in cui al lavoratore agile non sia stato consegnato il dispositivo telefonico mobile, il lavoratore, ai fini della contabilità, indica nell'accordo individuale il numero del telefono fisso o mobile cui potrà essere contattato dall'Amministrazione e dai colleghi. Le parti, inoltre, possono concordare di attivare sul numero indicato dal lavoratore la deviazione delle telefonate in entrata sul numero di ufficio interno assegnato al lavoratore.

Domicilio del lavoro agile

Il domicilio per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile è individuato nell'accordo per il lavoro agile, nel rispetto di quanto indicato nel presente regolamento in tema di salute e sulla sicurezza, affinché non siano pregiudicate la tutela del lavoratore stesso e la segretezza dei dati di cui si dispone per ragioni di ufficio. Il domicilio deve essere collocato in un locale idoneo a consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa in condizioni di sicurezza e riservatezza.

Il lavoratore agile può chiedere di poter modificare, anche temporaneamente, il domicilio di lavoro presentando richiesta scritta (anche a mezzo e-mail) al Segretario Direttore il quale, valutatane la compatibilità, autorizza per iscritto (anche a mezzo email) il mutamento: lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione dello stesso.

Il domicilio (permanente o temporaneo) non può di norma essere situato al di fuori del territorio della provincia di Venezia. Nel caso in cui la residenza del lavoratore sia situata fuori dal territorio provinciale il domicilio del lavoro agile può coincidere con la residenza medesima qualora ciò non rappresenti un impedimento rispetto all'applicazione delle disposizioni della presente regolamentazione, in particolare per quanto attiene ai tempi di rientro in sede.

In ogni caso, nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore, comprese la piena operatività della dotazione informatica, la efficace connessione alla rete telefonica e di trasmissione dati, nonché ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso. A tal fine l'amministrazione consegna al lavoratore una specifica informativa in materia.

Costi

I costi di fornitura, installazione, manutenzione e riparazione degli strumenti informatici sono a carico del lavoratore, salvo che gli stessi non siano stati forniti dall'Amministrazione, così come le spese relative al mantenimento dei livelli di sicurezza.

Le spese riguardanti i consumi elettrici e di connessione alla rete e le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono a carico del lavoratore.

Sono ugualmente a carico del lavoratore i costi di manutenzione e sostituzione delle altre attrezzature utilizzate di proprietà del lavoratore.

Modalità di accesso al lavoro agile

L'attivazione della modalità di lavoro agile avviene su base volontaria, su richiesta del lavoratore al Segretario Direttore.

L'applicazione del lavoro agile avviene nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, in considerazione e compatibilmente con la posizione di lavoro ricoperta dal lavoratore.

Possono chiedere di essere assegnati al lavoro agile esclusivamente i dipendenti assegnati a posizioni di lavoro individuate come compatibili allo svolgimento di tale modalità.

Le richieste di assegnazione al lavoro agile possono essere presentate dal personale entro una finestra temporale individuata e tempestivamente comunicata dal Segretario Direttore. Le richieste possono essere presentate anche successivamente, qualora risultino posti disponibili rispetto al contingente massimo ammesso, fatte salve le assegnazioni già effettuate.

Compatibilmente con le esigenze di servizio, valutate dall'Amministrazione, si ricorre al lavoro agile, per periodi brevi e su richiesta del dipendente, in presenza di situazioni di carattere emergenziale, fra le quali rientrano quelle che rendono fortemente problematico l'accesso o la permanenza nella sede dell'Ente (es. condizioni atmosferiche, situazione della viabilità e/o dei mezzi pubblici di trasporto, indisponibilità degli spazi, guasti agli impianti), anche a fronte di esigenze incombenti (es. termini di scadenza). In tali situazioni, debitamente motivate, l'assegnazione al lavoro agile avviene in modalità semplificata.

L'istanza, redatta sulla base del modulo predisposto dall'Amministrazione e sottoscritta digitalmente è trasmessa via posta elettronica al Segretario Direttore.

Ai fini dell'individuazione dei lavoratori ammessi al lavoro agile, l'Amministrazione considera in primo luogo la situazione personale di ciascun lavoratore, quindi, tiene conto della disponibilità dello stesso a rendere immediatamente disponibili le dotazioni strumentali e, infine, tiene conto della performance resa dal dipendente nell'anno precedente.

Accordo del lavoro agile e durata.

L'assegnazione al lavoro agile prevede la sottoscrizione di un accordo individuale, sottoscritto dal lavoratore e dal Segretario Direttore.

L'accordo può essere stipulato esclusivamente a tempo determinato con una durata minima di 1 mese e massima di 6 mesi, esclusa la proroga tacita.

L'accordo individuale, sottoscritto entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, deve redigersì inderogabilmente sulla base del modello predisposto dall'Amministrazione.

L'accordo costituisce un'addenda al contratto individuale di lavoro.

Nell'accordo devono essere definiti:

1. il Progetto di Lavoro agile e/o la reportistica (“activity based”);
2. la durata dell'assegnazione al lavoro agile;
3. il/i giorno/i della settimana individuato/i per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, tenuto conto della attività svolta dal lavoratore, della funzionalità dell'ufficio e della ciclicità delle funzioni; tali previsioni possono essere derogate, anche su richiesta del lavoratore, in presenza di specifiche esigenze organizzative riconosciute dal Segretario Direttore; costituisce in ogni caso motivo di rientro in sede la carenza organica, per ferie o malattia, dell'unità organizzativa di appartenenza del lavoratore;
4. il domicilio di lavoro agile;
5. i casi di recesso;

6. i supporti tecnologici da utilizzare in relazione alla specifica attività lavorativa;
7. la dotazione tecnologica eventualmente fornita dall'Amministrazione;
8. l'attestazione della sussistenza dei requisiti della postazione di lavoro agile;
9. le modalità di monitoraggio degli obiettivi o della quantità e qualità delle operazioni svolte;
10. le fasce orarie di contattabilità;
11. gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.

L'accordo individuale e le sue modificazioni sono soggetto, a cura dell'Amministrazione, alle comunicazioni di cui all'articolo 9-bis del decreto legge 1 ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni.

Obiettivi, procedure di misurazione e monitoraggio, competenze.

Si applica l'art. 1 comma 3 lettera f) del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021, con riferimento agli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile ed a modalità e criteri di misurazione.

In via generale, il dipendente che svolge il lavoro in modalità agile è assegnatario dei medesimi obiettivi di performance assegnati al restante personale.

Il monitoraggio delle attività svolte dal dipendente assegnato al lavoro agile è effettuato con le modalità di cui al successivo punto 4.2.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance del CSA "F.F. Casson" prevede specifiche competenze professionali dedicate al personale assegnato al lavoro agile.

Sicurezza

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e della legge 22 maggio 2017, n. 81.

L'Amministrazione garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore compatibilmente con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro e consegna al lavoratore, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Al momento della sottoscrizione dell'accordo individuale, il lavoratore dà atto di aver preso visione della menzionata informativa.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il lavoratore deve darne tempestiva comunicazione al Segretario Direttore per i conseguenti adempimenti di legge, secondo le disposizioni vigenti in materia.

La prestazione resa in modalità agile comporta l'estensione dell'assicurazione obbligatoria con l'INAIL.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa

– domicilio di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

Sono coperti da polizza assicurativa i seguenti rischi: danni alle attrezzature telematiche in dotazione, con esclusione di quelli derivanti da dolo o colpa grave; danni a cose o persone, compresi i familiari e i beni del lavoratore, derivanti dall'uso delle stesse attrezzature. Sono altresì coperte per il rischio incendio le apparecchiature fornite dall'Ente.

L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi in luoghi non compatibili con quanto indicato nell'accordo individuale o concordato con l'Amministrazione.

Il lavoratore collabora proficuamente e diligentemente con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

Formazione

L'Amministrazione organizza percorsi formativi per il personale, anche dirigenziale, sia attraverso corsi in presenza sia per il tramite di piattaforme di e-learning incentrati sul lavoro agile.

Recesso

Si applica l'art. 19 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

In linea generale, costituiscono motivo di recesso da parte dell'Amministrazione:

- a) il venir meno, anche in conseguenza di un atto dell'Amministrazione stessa, dei presupposti necessari per l'assegnazione al lavoro agile;
- b) il mancato rispetto da parte del lavoratore di tempi o modalità di effettuazione della prestazione lavorativa, compreso il mancato rispetto delle fasce di contattabilità, fatti salvi gli ulteriori rilievi disciplinari;
- c) l'accertamento, sulla base del monitoraggio delle attività rese a distanza ai sensi del successivo punto 4.2, del mancato rispetto degli obiettivi del progetto di lavoro agile, come pure del peggioramento generale degli output produttivi (volumi di attività e tempi dei procedimenti) e degli standard qualitativi relativi alle prestazioni rese;
- d) il sopravvenuto mutamento delle condizioni organizzative interne, ad esempio, a seguito della riduzione dell'organico.

In caso di recesso, il lavoratore è tenuto a riprendere la propria prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro dal giorno successivo alla comunicazione.

La comunicazione del recesso potrà avvenire con messaggio di posta elettronica oppure per PEC.

Rinvio

Per quanto attiene a norme disciplinari, obblighi di riservatezza, obblighi di custodia, privacy ed ogni altro aspetto inerente l'organizzazione del lavoro non qui espressamente richiamato, valgono le disposizioni adottate dall'Amministrazione, in particolare il Regolamento sull'organizzazione degli uffici e dei servizi, il Codice di comportamento del personale e del Codice Disciplinare del CSA "F.F. Casson", oltre alle disposizioni

normative in materia di lavoro agile, in particolare la Legge 5 maggio 2017, n. 81 e s.m.i..

Situazioni emergenziali

Le disposizioni del presente paragrafo trovano applicazione compatibilmente con i provvedimenti normativi adottati in conseguenza di eventi emergenziali.

Soggetti, strumenti e processi – chi fa, che cosa, quando e come

- a) Segretario Direttore: predispone il POLA, individua gli obiettivi e definisce le procedure di monitoraggio, misurazione e valutazione, individua le posizioni di lavoro assegnabili al lavoro agile, sottoscrive gli accordi individuali per il lavoro agile, nelle funzioni di Responsabile della Transizione Digitale individua un modello di gestione a regime del lavoro agile;
- b) Organismo Indipendente di Valutazione, è coinvolto nell'ambito dell'individuazione di indicatori di misurazione e modelli di valutazione della performance riferiti al lavoro agile;
- c) Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori: il Pola è adottato sentite le Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori.

3.3 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale

L’ente con deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 53 del 26.08.2024, di conferma sul punto della deliberazione n. 40 del 21.06.2024, aveva assunto, da ultimo, il seguente assetto di personale.

Situazione dal 22/06/2024 - riordino PIAO dotazione/fabbisogno

AREA/RUOLO	Profilo	Posti in organico al 22/6/24 (FTE)
DIRIGENZA	Segretario/Direttore	1
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario/Istruttore Direttivo Amministrativo	4
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario/Istruttore Direttivo Tecnico	1
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Infermiere	20
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Assistente Sociale	2
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Educatore	3,5
Area degli Istruttori	Istruttore Amministrativo	5
Area degli Istruttori	Istruttore Tecnico (cuoco)	1
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (ex Coordinatore di Nucleo <i>(ad esaurimento, poi OSS senza specifica)</i>)	2
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario	60
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Manutentore	1
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Cuoco	5
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Aiuto Cucina	2
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico - Addetto alla lavanderia <i>(ad esaurimento)</i>	1
TOTALI		108,5

In considerazione della deliberazione n. 26 del 27.05.2024, con la quale l’Ente ha deciso di reinternalizzare il servizio notturno, oggi appaltato alla cooperativa Promozione Lavoro, si è reso necessario riattivare i posti che vennero “congelati” all’epoca della esternalizzazione, come – da ultimo – con deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 28 del 22.09.2021, ultimo atto da cui si possono evincere i seguenti dati “storici” in ordine ai posti in organico congelati in seguito alle esternalizzazioni medesime:

- n. operatori socio-sanitari servizio notturno esternalizzato: 10;
- n. operatori socio-sanitari Rubino (erroneamente indicato come Zaffiro) esternalizzato: 14; considerato che, da una complessa ricerca storica sulla dotazione organica dell’IPAB, è emerso che non vi è mai stata istituzione dei posti in organico per il servizio Zaffiro, pari a quello del Rubino, che è stato da subito esternalizzato, sicché è corretto considerare n. 14 posti ipotetici di operatore socio-sanitario.

Va puntualizzato che di tali dati l’unico rilevante, ad oggi, è quello inerente il numero di posti di operatori

socio-sanitari per il servizio notturno esternalizzato, atteso che dal 01.11.2024 la dotazione di personale dell'IPAB si deve intendere reintegrata di tali posti già istituiti e congelati per l'esternalizzazione. A questi si aggiungono n. 2 (e non 1,5) posti di operatore socio-sanitario adibiti funzionalmente ai trasporti degli utenti dei centri diurni, nell'ambito di un'opera di rilancio degli stessi da parte di questo consiglio di amministrazione, avvenuta dall'ottobre 2023, di cui si è dato conto nelle delibere di aggiornamento del PIAO n. 40 e 53/2024. Peraltro va precisato che il numero di 2 è anche strettamente legato al rispetto dei parametri della DGRV 84/2007, allegato A, relativo all'accreditamento dei centri diurni. Nello schema successivamente proposto verranno indicati n. 10 posti di OSS incrementati dal 01.11.2024 ed ulteriori 2 (tali due posti sarebbero stati istituiti il 01.10.2023, ma per evitare un provvedimento retroattivo si ritiene di poterli oggi considerare formalmente istituiti solo in epoca successiva alla data del PIAO del 21.06.2024, che ne ha effettuato la ricognizione).

Quanto al cosiddetto Boschetto 2, la complicazione dei lavori dovuta a vari fattori già riconosciuti e comunicati alla Direzione Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera della Regione Veneto ha comportato lo slittamento dei tempi di apertura che, peraltro, oggi sono anche dipendenti dall'effettiva autorizzazione all'esercizio e successivo accreditamento della nuova struttura da parte degli organi competenti ex L.R. 22/2002.

A seguito di istruttoria condotta dalla responsabile dei servizi assistenziali e socio-sanitari unitamente al vicedirettore ed al responsabile del servizio del personale, è emersa la necessità, per la copertura del nuovo servizio, di attivare n. 12,5 posti di operatore socio-sanitario, n. 0,5 educatore, n. 3 posti di infermiere, n. 1 istruttore amministrativo e n. 1 operatore tecnico manutentore (area operatori esperti), al fine di rispettare i minimi assistenziali imposti dalla DGRV 1720/2022 e per garantire una turnistica adeguata che permetta di coprire i turni senza incorrere in interruzione di pubblico servizio.

Risulta in corso, al momento dell'approvazione del presente atto ed a decorrere dal 01.05.2024, una sperimentazione inerente all'utilizzo dell'OSS con Formazione Complementare (OSS-FC) posta nei seguenti termini:

- n. 2 OSS-FC, che svolgono attività con orario antimeridiano, e che all'occorrenza svolgono funzione di jolly;
- ciò in luogo di n. 1,5 infermieri;
- in data 01.05.2024 ed in data 01.11.2024 si è verificata la cessazione di due infermieri, non sostituite;
- inoltre, l'attivazione di n. 2 servizi di coordinamento infermieristico, come da organigramma vigente, unitamente alla posizione organizzativa di referente sanitario e dell'assistenza, comporta una parziale perdita di operatività infermieristica, che può essere supplita appunto con gli OSS-FC.

Si reputa al momento di proseguire nella sperimentazione, continuando altresì con le sostituzioni a tempo determinato dei 2 OSS-FC.

Si reputa altresì di procedere all'assunzione di 3 infermieri per l'apertura del Boschetto 2, in quanto l'aumento

del numero di residenti comporta – ai fini del rispetto dei parametri per l'accreditamento istituzionale – la necessità di istituire una seconda unità notturna.

Come preannunciato nel PIAO aggiornato il 21.06.2024, a decorrere, pertanto, dal 01.11.2024 la nuova dotazione di personale deve intendersi integrata tenendo conto di questa situazione in divenire.

Con riserva di adeguamento in corso d'opera, con particolare riferimento all'apertura del cosiddetto Boschetto 2, che si prevede nei primi mesi del 2025, ed allo scopo comunque di permettere l'espletamento delle relative procedure assunzionali così come di formulare le richieste di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, si procede alla istituzione effettiva di tutti i posti oggi ritenuti necessari per l'apertura del Boschetto 2.

Alla luce di tutte le soprastanti considerazioni, occorre altresì notare come nel tempo sia stato confuso sistematicamente il dato relativo al tempo indeterminato con quello a tempo determinato.

Nell'ultimo aggiornamento del PIAO (26.08.2024), a questo stesso punto, si evidenziava come non fosse stato adeguatamente attuato il nuovo ordinamento professionale di cui al CCNL 16.11.2022; con deliberazione immediatamente precedente l'adozione del presente atto (23.12.2024) si è oggi invece proceduto alla completa revisione dell'ordinamento professionale dell'Ente (funzionigramma), concludendosi la gestione provvisoria citata nel precedente PIAO.

Di seguito si propongono due schemi: fabbisogno di personale/dotazione al 22.06.2024; fabbisogno di personale/dotazione dal 23.12.2024, che, con le rettifiche oggi assunte inerente l'erronea mancata considerazione del referente assistenziale per il nuovo reparto (n. 1 OSS), è da ritenersi vigente e valida e tutti gli effetti dal 01.01.2025.

Situazione dal 22/06/2024 - riordino PIAO dotazione/fabbisogno			Lavoratori a tempo indeterminato			Vacanze in organico	Lavoratori a tempo determinato	
AREA/RUOLO	Profilo	Posti in organico al 22/6/24 (FTE)	Tempo pieno ed indeterminato	Tempo parziale ed indeterminato (FTE)	Totale coperture effettive a tempo indeterminato FTE	Differenza fra posti in organico e dipendenti a t.ind. (FTE)	Tempo pieno e determinato	Tempo parziale e determinato (FTE)
DIRIGENZA	Segretario/Direttore	1			0	-1	1	
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario/Istruttore Direttivo Amministrativo	4	3		3	-1		
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario/Istruttore Direttivo Tecnico	1	1		1	0		
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Infermiere	20	17	1,66	18,66	-1,34	1	
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Assistente Sociale	2	2		2	0		
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Educatore	3,5	1	2	3	-0,5		
Area degli Istruttori	Istruttore Amministrativo	5	5		5	0		
Area degli Istruttori	Istruttore Tecnico (cuoco)	1	1		1	0		
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (ex Coordinatore di Nucleo (ad esaurimento, poi OSS senza specifica))	2	2		2	0		
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario	60	39	10,12	49,12	-10,88	12	6
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Manutentore	1	1		1	0		
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Cuoco	5	5		5	0		
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico Aiuto Cucina	2		1	1	-1		
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico - Addetto alla lavanderia (ad esaurimento)	1	1		1	0		
	TOTALI	108,5	78	14,78	92,78	-15,72	14	6
Posti "congelati" da conservare/apertura nuovo reparto		Totali previsti	Da riattivare all'occorrenza	Con conservazione	NOTE			
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (asp.con diritto alla conservazione del posto: n. 2 aspettative di dipendenti al 50%)	1		1				
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (Servizio Notti)	10	10		Riattivazione al 01/11/2024			
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (Zaffiro, erroneamente mai istituiti, ma utilizzati per apertura con ditta terza)	14	14					
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (Rubino)	14	14					
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (servizio trasporti, erroneamente mai istituiti)	1,5	1,5		Posti riattivati al 01/10/2023 con TD			
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico - Addetto alla lavanderia	3	3					
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario Boschetto 2	12,5			Indicativamente, dicembre 2024			
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Educatore Boschetto 2	0,5			Indicativamente, dicembre 2024			
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Infermiere Boschetto 2	3			Indicativamente, dicembre 2024			
Area degli Istruttori	Istruttore Amministrativo Boschetto 2	1			Indicativamente, dicembre 2024			
Area degli Operatori Esperti	Operatore Tecnico Manutentore	1			Indicativamente, dicembre 2024			
Totale		61,5	42,5	1				
Dotazione organica potenziale totale		170						

Situazione dal 01.01.2025 (situazione del 23.12.2024 con precisazione su nuovo reparto, vedi sotto)

Area funzionale	Profilo Professionale	Dotazione al 22/06/2024	Dotazione da 01/11/2024	Incremento dal 23/12/2024	Dotazione dal 23/12/2024
DIRIGENZA	Dirigente, con incarico di Segretario/Direttore	1	1		1
Area dei Funzionari e delle Elevate qualificazioni	Funzionario Amministrativo	4	4		4
	Funzionario Tecnico	1	1		1
	Funzionario Infermiere	20	20	3	23
	Funzionario Assistente Sociale	2	2		2
	Funzionario Educatore	3,5	3,5	0,5	4
Area degli Istruttori	Istruttore Amministrativo	5	5	1	6
	Istruttore tecnico	1	1		1
Area degli Operatori Esperti	Coordinatore di Nucleo (ad esaurimento)	2	2		2
	Operatore tecnico manutentore	1	1	1	2
	Operatore tecnico cuoco	5	5		5
	Operatore Tecnico Aiuto Cucina	2	2		2
	Operatore Socio Sanitario	60	72	13,5	85,5
	Addetto alla lavanderia (ad esaurimento)	1	1		1
	Totale complessivo	108,5	120,5	18	139,5

Si reputa infine utile riepilogare i posti "congelati":

Posti "congelati" da conservare		Totale previsti	Da riattivare all'occorrenza	Con conservazione	NOTE
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (<i>asp.con diritto alla conservazione del posto: n. 2 aspettative di dipendenti al 50%</i>)	1		1	
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (<i>Zaffiro, erroneamente mai istituiti, ma utilizzati per apertura con ditta terza</i>)	14	14		
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Educatore (<i>Zaffiro e Rubino erroneamente mai istituiti, ma utilizzati per apertura con ditta terza</i>)	1	1		
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (<i>Rubino</i>)	14	14		
Area degli Operatori esperti	Operatore Tecnico - Addetto alla lavanderia	3	3		
Totale		33	32	1	

Di seguito invece lo storico delle riattivazioni:

Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (<i>Servizio Notti</i>)	10	Riattivazione dal 01/11/2024
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario (<i>servizio trasporti, erroneamente mai istituiti</i>)	2	Riattivazione dal 01/10/2023 con td (qui fissato formalmente al 01.11.2024 per i motivi anzidetti)
Area degli Operatori Esperti	Operatore Tecnico Manutentore	1	Riattivazione dal 23/12/2024 per esigenze apertura nuovo reparto
Area degli Istruttori	Istruttore Amministrativo Boschetto 2	1	Riattivazione dal 23/12/2024 per esigenze apertura nuovo reparto
Area degli Operatori esperti	Operatore Socio Sanitario Boschetto 2	13,5	Riattivazione dal 23/12/2024 in vista dell'apertura del nuovo reparto (il numero di 13,5 è stato assunto correttamente con il PIAO 2025 in considerazione di un refuso del PIAO del 23.12.2024, che erroneamente non prevedeva il referente assistenziale)
Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Educatore Boschetto 2	0,5	Riattivazione dal 23/12/2024 in vista dell'apertura del nuovo reparto

Area dei Funzionari ed Elevata qualificazione	Funzionario Infermiere Boschetto 2	3	Riattivazione dal 23/12/2024 in vista dell'apertura del nuovo reparto
---	------------------------------------	---	---

Programmazione triennale		
Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027
<ul style="list-style-type: none"> • 13,5 OSS FTE (cat. B Area degli Operatori) per sostituzione personale Girasole destinato al Boschetto 2 (la copertura di 4 di tali posti potrà avvenire anche mediante trasformazione a tempo pieno di posti originariamente part time, ai sensi dell'art. 53, c. 14, CCNL 21 maggio 2018, coinvolgendo almeno³ 8 persone attualmente part time al 50%). • 0,5 educatore (trasformazione a tempo pieno) per Boschetto 2, già attivabile entro il 2024 qualora si confermi che avverrà ad onere finanziario zero; • 1 nuovo educatore, eventualmente a tempo parziale (secondo disponibilità finanziarie), per ricalcolo esigenze strutture⁴ • 3 infermieri FTE con concorso o mediante scorrimento di graduatoria di altro ente per Boschetto 2, già avviata; • Mantenimento dell'attuale infermiere a TD fino al massimo dell'incarico conferibile (3 anni); • n. 1 operatore tecnico manutentore per Boschetto 2, in corso di positivo espletamento mediante avviso interno con conseguente eventuale sostituzione del personale nel profilo di provenienza (mob./conc./scorrimento altra graduatoria); • n. 1 istruttore amministrativo per Boschetto 2 (mob./conc./scorrimento altra graduatoria), già avviata; avvio di un nuovo concorso pubblico da agosto 2025 per affrontare le nuove esigenze organizzative di cui alla DCA 17 del 06.06.2025;⁵ • n. 1 operatore tecnico esperto (aiuto cucina), previo avviso interno; in alternativa, con mobilità, concorso, scorrimento altra graduatoria; nelle more, anche mediante agenzia (oggi in atto) con riferimento a profilo di operatore, attese le mere funzioni di supporto che possono in tal modo essere svolte; 	<p>Assunzioni non effettuate durante il 2024, a completamento.</p> <p>Nuovo concorso per n. 1 OSS alla scadenza dell'utilizzo secondo legge dell'attuale graduatoria, per permetterne il pronto uso a tempo pieno, parziale, indeterminato, determinato.⁶</p>	
Continuazione sostituzioni del 2024 non ancora attuate; continuazione atti del 2024; Eventuale copertura di posti che si renderanno vacanti a seguito di	Continuazione sostituzioni del 2025 non ancora attuate; continuazione atti del 2025. Eventuale copertura di posti che si	Eventuale copertura di posti che si renderanno ulteriormente vacanti a seguito di dimissioni, cessazioni per collocamento a riposo o a seguito di mobilità, nel rispetto delle limitazioni

³ Inserito con DCA n. 17 del 06.06.2025

⁴ Inserito con DCA n. 17 del 06.06.2025

⁵ Inserito con DCA n. 17 del 06.06.2025

⁶ Inserito con DCA n. 17 del 06.06.2025

<p>cessazioni per dimissioni, collocamento a riposo o a seguito di mobilità, anche interna e temporanea per adibizione del personale ad esigenze straordinarie⁷, nel rispetto delle limitazioni vigenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • in particolare, e senza pretesa di esaustività, n. 1 Funzionario amministrativo in sostituzione di personale cessato il 01.11.2024 (a discrezione della direzione mediante i vari istituti disponibili, purché utili al raggiungimento più rapido possibile dello scopo di garantire la funzionalità dei servizi: mobilità interna e successiva sostituzione del personale nel profilo di provenienza/comando/mob./concorso/scorrimento grad.altrui). • Le sostituzioni OSS potranno avvenire anche mediante utilizzo della graduatoria per passaggio a tempo pieno dei tempi parziali originari del maggio 2025.⁸ 	<p>renderanno ulteriormente vacanti a seguito di dimissioni, cessazioni per collocamento a riposo o a seguito di mobilità, nel rispetto delle limitazioni vigenti;</p>	<p>vigenti;</p>
<p>Eventuale copertura di posti a tempo determinato per sostituzioni temporanee di personale in aspettativa o altro tipo di assenza di lunga durata, nel rispetto delle limitazioni vigenti; eventuali assunzioni a tempo determinato relative ad eventuali servizi assunti per conto di terzi;</p>	<p>Eventuale copertura di posti a tempo determinato per sostituzioni temporanee di personale in aspettativa o altro tipo di assenza di lunga durata, nel rispetto delle limitazioni vigenti; eventuali assunzioni a tempo determinato relative ad eventuali servizi assunti per conto di terzi;</p>	<p>Eventuale copertura di posti a tempo determinato per sostituzioni temporanee di personale in aspettativa o altro tipo di assenza di lunga durata, nel rispetto delle limitazioni vigenti; eventuali assunzioni a tempo determinato relative ad eventuali servizi assunti per conto di terzi;</p>

Si prevede pertanto di assumere tale personale in tutti i casi entro i limiti di cui alla DGRV 1720/2022 ed entro i limiti di effettiva capacità di bilancio.

⁷ Inserito con DCA 17 del 06.06.2025;

⁸ Inserito con DCA 17 del 06.06.2025;

Formazione del personale

Con il PIAO approvato da ultimo con DCA n. 53/2024 si era stabilito quanto segue:

“L’emergenza sanitaria che ha pesantemente gravato sull’attività dell’Ente anche per gran parte del 2022 ha di fatto impedito lo svolgimento di eventi di formazione del personale su alcuni temi specifici quali il tema della prevenzione dell’anticorruzione (gestione dell’anticorruzione e della trasparenza)

Nel Piano precedente era prevista inoltre la formazione del personale sul Codice di Comportamento, ma poiché non è stato possibile, a causa dell’emergenza sanitaria, individuare le risorse, economiche ed organizzative, la formazione relativa è stata di conseguenza rinviata.

La programmazione della formazione annuale e pluriennale 2024-2025-2026 ricomprenderà oltre alla Formazione relativa alla Sicurezza sui luoghi di lavoro ed all’aggiornamento professionale progetti di ampio respiro ed in particolare un percorso formativo rivolto ai lavoratori dell’Area Socio assistenziali e dell’area Socio Sanitaria che operano nei servizi per persone anziane, con l’obiettivo generale della valutazione e del miglioramento della sicurezza e dell’appropriatezza dell’assistenza e delle cure prestate.”

Ad oggi il piano della formazione è stato adottato con decreto n. 168 dell’08.11.2024 con la seguente programmazione (sarà oggetto di conferma per scorrimento):

- Corsi di formazione per addetti antincendio; acquisiti preventivi per affidamento ad esterno; elenchi del personale con certificato in scadenza/scaduto per aggiornamento; si precisa che la normativa non prevede tale formazione per tutti i dipendenti ma solo per un congruo numero rispetto alle esigenze dell’Ente; tuttavia, per maggiore flessibilità gestionale delle squadre antincendio, si ritiene di formare comunque tutto il personale nell’arco di validità del presente piano (secondo elenchi allegati);
- Corsi obbligatori per primo soccorso; acquisiti preventivi per affidamento ad esterno; elenchi del personale con certificato in scadenza/scaduto per aggiornamento;
- Corsi obbligatori sulla sicurezza d.lgs. 81/2008; formazione autoprodotta; elenchi del personale con certificato in scadenza/scaduto per aggiornamento; corsi da realizzare entro febbraio 2025 a decorrere dal mese di novembre/dicembre 2024;
- Corsi obbligatori sulla sicurezza d.lgs. 81/2008 per preposti e dirigenti non ancora formati; formazione che si affiderà all’operatore economico oggi incaricato quale medico competente; da completare entro febbraio 2025;
- Corsi obbligatori su BLSD; formazione autoprodotta attualmente in corso; calendario allegato; formazione prevista per tutto il personale ed in via ciclica per tutto il periodo di riferimento del presente piano;
- Corsi di alfabetizzazione informatica del personale socio-sanitario sull’uso delle mail; formazione autoprodotta già svolta; calendario/elenchi allegati;
- Corsi di alfabetizzazione informatica Syllabus per personale amministrativo e responsabili; moduli secondo indicazioni ministeriali; già assegnato termine di effettuazione del corso;
- Corsi obbligatori sull’anticorruzione ex L. 190/2012 Syllabus per tutto il personale; moduli secondo indicazioni ministeriali; in corso di attivazione; personale suddiviso in tre tornate; prima tornata, entro maggio 2025; quindi dicembre 2025; infine, maggio 2026; non vi sono evidenze di recente formazione in merito,

pertanto il personale andrà formato tutto (questa indicazione è la precisazione prevalente rispetto alle più stringate indicazioni della sezione anticorruzione);

- Corsi di formazione su appalti Syllabus per tutto il personale amministrativo; moduli secondo indicazioni ministeriali; già assegnato termine di effettuazione del corso;
- Corsi sulle discriminazioni di genere e sul benessere organizzativo Syllabus per tutto il personale; moduli secondo indicazioni ministeriali; avviato in via sperimentale per personale informaticamente più avanzato; in corso di assegnazione di termine;
- Corsi di formazione su gestione pazienti con Alzheimer; formazione gratuitamente offerta dal Distretto TA3 Lions Club International; calendario allegato.

Sono stati già effettuati numerosi interventi in materia di BLSD (per la sicurezza dei residenti; in materia di sicurezza sul lavoro (ciclo quasi completato); attivato Syllabus (ottemperanza a linee guida nazionali in materia di formazione).

Rotazione del personale

La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate in merito alla rotazione del personale è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività ed evitare che il medesimo dipendente tratti lo stesso tipo di procedimenti/processi di lavoro, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Valutata la struttura dell'Ente, risulta impossibile coniugare il principio della rotazione degli incarichi ai fini di prevenzione della corruzione con l'efficienza degli uffici. Il numero non elevato di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti trattati da ciascun ufficio è tale per cui la specializzazione risulta elevata e l'interscambio potrebbe compromettere la funzionalità della gestione amministrativa; per tali motivi si provvederà ad effettuare la rotazione solamente secondo contingenze, o al limite a segmentare le varie attività in modo da permettere un continuo controllo e vigilanza reciproco. In tutti i casi, la maggiore flessibilità cui è improntata l'attuale gestione del personale amministrativo è strumento quotidiano di segmentazione delle attività.

Da agosto 2024 si è provveduto poi con una mobilità straordinaria di tutto il personale di tutte le categorie, per meglio affrontare le sfide derivanti dall'internalizzazione delle notti e soprattutto per evitare che l'immissione in organico di personale a tempo indeterminato, anziché precario, potesse avvenire con esclusivo riferimento a certe unità, con la conseguenza di paralizzarle. Si è già preannunciata una nuova mobilità straordinaria in occasione dell'apertura del c.d. Boschetto 2, che presenterà lo stesso genere di problematica.

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà, a fini meramente ricognitivi, 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”, avviene secondo le indicazioni di ANAC. 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.

Concretamente, vengono effettuate periodiche riunioni della direzione (direttore, responsabili di EQ) per presidiare l’effettivo perseguitamento e raggiungimento degli obiettivi.

Soggetti Responsabili: Direttore, Vicedirettore, Responsabili di EQ (ex posizioni organizzative), responsabili di volta in volta individuati.

ALLEGATI

Preliminamente va detto che in data 09.12.2024 si è provveduto ad attivare la piattaforma informatica di whistleblowing, aumentando pertanto il livello di tutela anticorruzione dell'Ente. Di ciò si è dato adeguatamente conto tramite i canali previsti dalla normativa vigente (decreto legislativo n. 24/2023).

La piattaforma è raggiungibile al sito: <https://ipachioggia.whistleblowing.it/#/>

Si ritiene comunque di mantenere anche la precedente modulistica, come segue.

A. PROCEDURA E MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE (C.D. WHISTLEBLOWER)⁹

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

- l'amministrazione ha l'obbligo di predisporre dei sistemi di tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante;
- l'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione. Nel procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, a meno che la sua conoscenza non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;
- la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241;
- il denunciante che ritiene di essere stato discriminato nel lavoro a causa della denuncia, può segnalare (anche attraverso il sindacato) all'Ispettorato della funzione pubblica i fatti di discriminazione.

L'Ente ha adottato da dicembre 2024 anche la piattaforma per la segnalazione tramite il sito: <https://ipachioggia.whistleblowing.it/#/>, in tal modo adottando la relativa procedura pubblicata nel sito (<https://www.whistleblowing.it/data/WBIT-Modello-di-procedura-di-gestione-delle-segnalazioni.pdf>).

A fini di certezza giuridica, con il presente atto si recepisce formalmente tale procedura come segue:

PROCEDURA DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

La seguente è una procedura di gestione delle segnalazioni ricevute e gestite tramite la piattaforma [WhistleblowingPA](#).

1. Riferimenti normativi

Il *whistleblowing* è stato introdotto in Italia con una legislazione specifica a fine 2017, con la legge n.179. Questa normativa regolamentava in modo completo l'istituto per la pubblica amministrazione, mentre introduceva alcune disposizioni anche per le organizzazioni del settore privato dotate di un modello organizzativo di gestione e controllo ex. D.Lgs. n.231/2001.

La legge n.179/2017 è stata superata dalla legge di trasposizione della Direttiva Europea in materia di *whistleblowing* (n.1937/2019). La nuova legge, il Decreto Legislativo n.24/2023, è l'attuazione della Direttiva

⁹ Parte modificata con DCA n. 17 del 06.06.2025

UE n.2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.

La nuova normativa prevede oneri in capo alle organizzazioni pubbliche e private, in particolare: tutti gli enti pubblici devono prevedere procedure interne per la gestione delle segnalazioni; lo stesso obbligo è in carico ai soggetti del settore privato che hanno un modello organizzativo ex D.Lgs. n.231/2001 e a tutte le organizzazioni private con almeno 50 dipendenti.

2. Chi può effettuare una segnalazione

Le procedure di *whistleblowing* incoraggiano a segnalare chiunque acquisisca, nel contesto dell'attività lavorativa, informazioni sugli illeciti commessi dall'organizzazione o per conto dell'organizzazione.

Lo scopo della procedura è quello di facilitare la comunicazione di informazioni relative a violazioni riscontrate durante l'attività lavorativa. A tale scopo lo spettro delle potenziali persone segnalanti è molto ampio. La procedura è volta a garantire questi soggetti, nel momento in cui segnalino una condotta illecita relativa all'ente.

Possono effettuare una segnalazione attraverso la procedura le seguenti categorie di soggetti:

- Dipendenti
- Collaboratori
- Fornitori, subfornitori e dipendenti e collaboratori degli stessi
- Liberi professionisti, consulenti, lavoratori autonomi
- Volontari e tirocinanti, retribuiti o non retribuiti
- Azionisti o persone con funzione di amministrazione, direzione, vigilanza, controllo o rappresentanza
- Ex dipendenti, ex collaboratori o persone che non ricoprono più una delle posizioni indicate in precedenza
- Soggetti in fase di selezione, di prova o il cui rapporto giuridico con l'ente non sia ancora iniziato

La procedura protegge anche l'identità dei soggetti facilitatori, le persone fisiche che assistono una persona segnalante nel processo di segnalazione, operanti all'interno del medesimo contesto lavorativo.

3. Cosa può essere segnalato

All'interno di questa procedura possono essere segnalati fatti illeciti di cui si sia venuti a conoscenza nel contesto della propria attività lavorativa. Possono essere riportati anche sospetti, qualificati, di reati o altre violazioni di disposizioni di legge o potenziali rischi di commissione degli stessi.

Non viene richiesto alla persona segnalante di dimostrare in modo completo la commissione di un illecito ma le segnalazioni devono essere quanto più possibile circostanziate, al fine di consentire un accertamento dei fatti comunicati da parte dei soggetti riceventi. Allo stesso tempo, non si invitano i soggetti segnalanti ad attuare attività di investigazione che possano esporli individualmente.

Le segnalazioni possono riguardare illeciti penali, civili, amministrativi o contabili, così come le violazioni di

normative comunitarie.

Non rientrano nell'oggetto di questa procedura le segnalazioni di carattere personale, per esempio inerenti al proprio contratto di lavoro, che sono regolate da altre procedure dell'ente.

4. Chi riceve e gestisce le segnalazioni

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT) è il soggetto responsabile alla ricezione e gestione delle segnalazioni di illecito. Il RPCT può essere coadiuvato da soggetti del suo gruppo di supporto specificamente nominati in atto interno.

Il responsabile *whistleblowing*, o l'ufficio *whistleblowing* ove nominato, riceve le segnalazioni e dialoga con la persona segnalante per chiarire e approfondire quanto ricevuto. Il dialogo con la persona segnalante continua anche durante le fasi di accertamento.

Il responsabile o l'ufficio, dopo una valutazione iniziale, svolgono un'attività di accertamento delle informazioni segnalate, anche richiedendo specifiche informazioni ad altri uffici e funzioni interni all'organizzazione.

Il ricevente fornisce riscontri periodici alla persona segnalante e, al termine dell'attività di accertamento, comunica l'esito delle attività di accertamento. Nella comunicazione dell'esito non sono inclusi riferimenti a dati personali relativi all'eventuale soggetto segnalato.

Tra i possibili esiti che possono essere comunicati alla persona segnalante ci sono:

- Correzione di processi interni
- Avvio di un procedimento disciplinare
- Trasferimento dei risultati delle attività di accertamento alla procura della Repubblica (e/o della Corte dei conti in caso di danno erariale)
- Archiviazione per mancanza di evidenze

La segnalazione che venga erroneamente inviata al superiore gerarchico potrebbe non essere trattata come una segnalazione di *whistleblowing*, in quanto quest'ultimo non ha gli stessi obblighi di riservatezza in carico al soggetto ricevente.

5. I canali per le segnalazioni

L'ente mette a disposizione delle persone segnalanti canali diversi per le segnalazioni di violazioni ai sensi della presente procedura. In particolare, è possibile effettuare segnalazioni in forma orale e in forma scritta.

Per quanto riguarda le segnalazioni in forma scritta, l'ente mette a disposizione una piattaforma informatica crittografata, fornita da *Transparency International Italia* e *Whistleblowing Solutions* attraverso il progetto WhistleblowingIT. La piattaforma utilizza *GlobaLeaks*, il principale software open-source per il *whistleblowing*. Questo strumento garantisce, da un punto di vista tecnologico, la riservatezza della persona segnalante, dei soggetti menzionati nella segnalazione e del contenuto della stessa.

Sulla piattaforma è caricato un questionario che guida la persona segnalante nel percorso di segnalazione attraverso domande aperte e chiuse, di cui alcune obbligatorie. È anche possibile allegare documenti alla

segnalazione. Al termine della segnalazione la persona segnalante riceve un codice univoco di 16 cifre, con il quale può accedere alla segnalazione e dialogare in maniera bidirezionale con il soggetto ricevente, scambiare messaggi e inviare nuove informazioni. Tutte le informazioni contenute sulla piattaforma sono crittografate e possono essere lette solo da soggetti abilitati alla ricezione della segnalazione.

Non è possibile gestire altre segnalazioni ricevute in forma scritta se non utilizzando l'apposito modello sottoriportato ed esclusivamente consegnandolo personalmente all'RPCT. Qualora queste fossero inviate con altre modalità, il soggetto ricevente, ove possibile, inviterà la persona segnalante a presentare nuovamente la segnalazione tramite la piattaforma informatica.

Per le segnalazioni in forma orale, invitiamo la persona segnalante a contattare il soggetto ricevente (RPCT, Direttore dell'Ente), richiedendo disponibilità per un colloquio telefonico o, eventualmente, un incontro personale. Le segnalazioni in forma orale vengono verbalizzate secondo il modello sotto riportato e il verbale deve essere firmato dalla persona segnalante, affinché sia processato. È opportuno ricordare che le segnalazioni in forma orale non offrono la stessa riservatezza tecnologica delle segnalazioni effettuate tramite piattaforma crittografata.

6. Le tempistiche di gestione delle segnalazioni

Al termine del percorso di segnalazione la piattaforma mostra un codice di ricevuta a conferma che la segnalazione è stata consegnata e presa in carico dal soggetto ricevente.

Entro 7 giorni, il soggetto ricevente conferma alla persona segnalante la presa in carico della segnalazione e invita il soggetto segnalante a monitorare la sua segnalazione sulla piattaforma per rispondere a possibili richieste di chiarimenti o approfondimenti.

Entro 3 mesi dal giorno della segnalazione, il soggetto ricevente comunica alla persona segnalante un riscontro rispetto alle attività di accertamento svolte per verificare le informazioni comunicate nella segnalazione.

Il riscontro fornito entro 3 mesi può coincidere con l'esito delle attività di accertamento. Qualora queste non fossero concluse, il ricevente invita la persona segnalante a tenere monitorata la piattaforma fino a conoscere l'esito definitivo delle stesse.

7. Riservatezza e anonimato

Il soggetto ricevente è tenuto a trattare le segnalazioni preservandone la riservatezza. Le informazioni relative all'identità del soggetto segnalante, del soggetto segnalato e di ogni altra persona menzionata nella segnalazione sono trattate secondo i principi di confidenzialità. Allo stesso modo, sono trattate in modo confidenziale anche tutte le informazioni contenute nella segnalazione.

L'identità della persona segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso. La conoscenza delle segnalazioni e dei relativi atti di accertamento sono sottratti anche al diritto all'accesso amministrativo da parte dei soggetti interessati.

L'unico motivo di possibile rivelazione dell'identità della persona segnalante può avvenire nel caso in cui gli atti di accertamento siano inoltrati presso una procura ordinaria o contabile e la conoscenza della stessa sia

necessaria ai fini del diritto di difesa durante un procedimento giudiziario ordinario o contabile presso la Corte dei conti.

La riservatezza è garantita attraverso strumenti tecnologici, quali la piattaforma crittografata per le segnalazioni e un protocollo riservato, e all'interno di processi organizzativi volti a minimizzare la circolazione delle informazioni.

È possibile anche l'invio di segnalazioni anonime. Il soggetto ricevente può decidere se processarle o meno. In ogni caso, le segnalazioni vengono trattate secondo gli stessi principi di riservatezza. Tuttavia, nel caso di segnalazioni anonime, il soggetto ricevente non ha conoscenza dell'identità della persona segnalante e potrebbe involontariamente esporlo durante le attività di accertamento.

8. La gestione dei dati personali

Le segnalazioni ricevute, le attività di accertamento e le comunicazioni tra la persona segnalante e la persona ricevente sono documentate e conservate in conformità alle prescrizioni [in materia di riservatezza e protezione dei dati](#).

Le segnalazioni contengono dati personali e possono essere trattate e mantenute solo per il tempo necessario al loro trattamento: questo tempo comprende l'analisi, le attività di accertamento e quelle di comunicazione degli esiti, oltre a una eventuale tempistica ulteriore per possibili commenti aggiuntivi. In nessun caso le segnalazioni saranno conservate oltre i 5 anni successivi alla comunicazione dell'esito delle attività di accertamento alla persona segnalante.

Per quanto riguarda l'accesso ai dati personali, questi sono conosciuti solo dal soggetto ricevente e, se indicato in specifico atto organizzativo, dai membri dello staff di supporto alla gestione della segnalazione.

Nel corso delle attività di accertamento il soggetto ricevente può condividere con altre funzioni dell'ente informazioni preventivamente anonimizzate e minimizzate rispetto alle specifiche attività di competenza di queste ultime.

9. Tutele e protezioni

La persona cui si fa riferimento nella segnalazione come responsabile del sospetto di illecito beneficia di misure di protezione dell'identità analoghe a quelle della persona segnalante e delle altre persone menzionate nella segnalazione.

In aggiunta alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante e dei soggetti menzionati nella segnalazione, nonché del contenuto della stessa, esistono altre forme di tutela garantite attraverso questa procedura.

Viene infatti garantita protezione alla persona segnalante contro ogni forma di ritorsione o discriminazione che dovesse subire in seguito e a causa di una segnalazione. Per ritorsione si intende qualsiasi azione o omissione minacciata o reale, diretta o indiretta, collegata o derivante da segnalazioni di illeciti effettivi o sospetti, che causi o possa causare danni fisici, psicologici, danni alla reputazione della persona, perdite economiche.

Tra le possibili discriminazioni rientrano:

- o il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti;
- o la retrocessione di grado o la mancata promozione;
- o il mutamento di funzioni, il cambiamento del luogo di lavoro, la riduzione dello stipendio, la modifica dell'orario di lavoro;
- o la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa;
- o note di merito o referenze negative;
- o misure disciplinari o altra sanzione, anche pecuniaria;
- o la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo;
- o la discriminazione o un trattamento sfavorevole;
- o la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione;
- o il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto a termine;
- o danni, anche alla reputazione della persona, pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e di redditi;
- o l'inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore in futuro;
- o la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi; l'annullamento di una licenza o di un permesso; la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

10. Sanzioni

Il Decreto Legislativo n.24/2023 prevede sanzioni amministrative, irrogabili da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in caso di violazione delle norme sul *whistleblowing*.

Le sanzioni riguardano in modo specifico eventuali ritorsioni contro i soggetti segnalanti, violazioni dell'obbligo di riservatezza, il boicottaggio a un tentativo di segnalazione, la mancata presa in carico di una segnalazione o un'insufficiente attività istruttoria avviata in seguito alla stessa.

Sono altresì sanzionabili gli abusi del sistema di segnalazione, con possibili sanzioni per colui che calunnia o diffama un altro soggetto a mezzo della procedura.

L'amministrazione può procedere disciplinamente contro i soggetti responsabili di queste condotte.

11. Canali esterni per le segnalazioni

Al di fuori della procedura interna per le segnalazioni, la legge permette di effettuare anche segnalazioni esterne all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

La persona segnalante può segnalare esternamente all'ente qualora abbia già effettuato una segnalazione a cui non è stato dato seguito, qualora abbia fondati motivi di ritenere che a una segnalazione interna non sia dato

seguito o che questa possa determinare un rischio di ritorsione o qualora abbia fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

Le modalità di segnalazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione sono disponibili alla pagina dedicata sul sito dell'ANAC: anticorruzione.it/-/whistleblowing.

Esistono condizioni ulteriori per cui una persona segnalante possa effettuare una divulgazione pubblica: il mancato riscontro a una segnalazione interna o esterna previamente effettuata, un pericolo imminente o palese per l'interesse pubblico, fondati motivi che una segnalazione interna non verrà trattata o che le prove della stessa possano essere distrutte o occultate.

MODELLO DI VERBALIZZAZIONE CARTACEA DELLA SEGNALAZIONE ORALE

DA CONSEGNARE PERSONALMENTE AL DIRETTORE DELL'ENTE IN QUALITA' DI RPCT E NON TRAMITE UFFICIO PROTOCOLLO

NOME e COGNOME DEL SEGNALANTE

QUALIFICA O POSIZIONE PROFESSIONALE¹

SEDE DI SERVIZIO

TEL/CELL

E-MAIL

DATA/PERIODO IN CUI SI È VERIFICATO IL
FATTO (gg/mm/aaaa)

-
- UFFICIO (indicare denominazione e indirizzo della struttura)

LUOGO FISICO IN CUI SI È VERIFICATO IL
FATTO

1) Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della presente segnalazione non lo esonerà dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale

-
- ALL'ESTERNO DELL'UFFICIO (indicare luogo ed indirizzo)
-
-

-
- penalmente rilevanti;
 - poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni sanzionabili in via disciplinare;
 - suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;
 - suscettibili di arrecare un pregiudizio alla immagine dell'amministrazione;
 - altro (specificare)
-
-

RITENGO CHE LE AZIONI OD OMISSIONI COMMESSE O TENTATE SIANO² :

DESCRIZIONE DEL FATTO (CONDOTTA ED EVENTO)

1.

AUTORE/I DEL FATTO³

2.

3.

1.

ALTRI EVENTUALI SOGGETTI A CONOSCENZA DEL FATTO E/O IN GRADO DI RIFERIRE SUL MEDESIMO³

2.

3.

1.

EVENTUALI ALLEGATI A SOSTEGNO DELLA SEGNALAZIONE

2.

3.

-
-
-
- 2) La segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento al servizio competente per il personale e al Comitato Unico di Garanzia.
 - 3) Indicare i dati anagrafici se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento idoneo all'identificazione.

B. MODELLO PER L'ACCESSO CIVICO

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Istanza di accesso civico ex art. 5, decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____ residente in _____ prov (_____)
via _____, n° telef. _____ in qualità di _____. (1)

CHIEDE

in adempimento a quanto previsto dall'art. 5, commi 1 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, la pubblicazione della seguente documentazione/informazione/dato:

e la contestuale trasmissione alla/al sottoscritta/o di quanto richiesto, ovvero la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto forma oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni (3): _____

Dichiaro di aver letto l'informativa in materia di protezione dei dati personali di cui all' 13 del GDPR 2016/679,

rilasciata dall'Ente.

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega documento di identità

Note per la compilazione:

(1) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

(2) Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa totalmente o parzialmente la pubblicazione obbligatoria, indicando eventualmente anche la norma o altra disposizione che impone la pubblicazione, nel caso sia a conoscenza dell'istante;

(3) Inserire l'indirizzo (anche di posta elettronica certificata o e-mail) al quale si chiede che venga inviato il riscontro alla presente istanza.

C. MODELLO PER L'ACCESSO GENERALIZZATO

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Istanza di accesso generalizzato ex art. 5, decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ prov (_____)
via _____. n° telef. _____. in
qualità di _____. (1)

CHIEDE

in adempimento a quanto previsto dall'art. 5, commi 2 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, di fornire la seguente documentazione/informazione/dato:

Indirizzo per le comunicazioni (2): _____

Dichiaro di aver letto l'informativa in materia di protezione dei dati personali di cui all'art. 13 del GDPR 2016/679, rilasciata dall'Ente.

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega documento di identità

Note per la compilazione:

- (1) Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.
- (2) Inserire l'indirizzo (anche di posta elettronica certificata o e-mail) al quale si chiede che venga inviato il riscontro alla presente istanza.

D.MODELLO PER L'ACCESSO DOCUMENTALE

Al Protocollo dell'Ente

OGGETTO: Richiesta di visione e/o copia di documenti amministrativi, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche ed integrazioni.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

provincia _____ residente in _____ provincia _____

via/piazza _____ nr. civico _____

tel./fax n. _____ email _____

Documento di riconoscimento_____

Rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

CHIEDE

- La visione
- L'estrazione
- L'estrazione di copia autentica
- L'esperimento congiunto delle sopra citate modalità di accesso

Del/i seguente/i documento/i⁵:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Per la seguente motivazione⁶:

5 Si prega di indicare gli estremi del documento (es. numero e data; numero di protocollo) e qualsiasi altro elemento che ne consenta l'identificazione.

6 Indicare in modo chiaro e dettagliato l'interesse diretto, concreto ed attuale, che deve essere corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso (art. 22 co.1, lett. B 1. n.241/1990).

Mediante (compilare solo in caso di richiesta di copie):

- Consegna al sottoscritto richiedente;
- Consegna al Sig. _____
autorizzato dal sottoscritto a svolgere ogni attività connessa alla richiesta di accesso ivi compreso il ritiro dei documenti (ex art. 30 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445);
- Trasmissione tramite il servizio postale al seguente indirizzo _____

_____;
- Trasmissione tramite fax al n. _____;
_____;
- Trasmissione al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____
_____;
_____;

Ai sensi dell'art. 25 della l. n. 241 del 1990 l'esame dei documenti è gratuito. Il rilascio di copia è subordinato soltanto al rimborso del costo di riproduzione, salve le disposizioni vigenti in materia di bollo, nonché i diritti di ricerca e di visura⁷.

Dichiaro di aver letto l'informativa in materia di protezione dei dati personali di cui all'art. 13 del GDPR 2016/679, rilasciata dall'Ente.

Luogo e data

Firma del richiedente

Si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

⁷ Il rilascio di copie conformi all'originale (copie autentiche) è soggetto all'obbligo di apposizione del bollo di Euro 16,00 ogni quattro facciate.